ウィルパートナー司法書士事務所　行

FAX　050-3453-4261

送信日　令和　　年　　月　　日
送信枚数　本紙を含め　　枚

成年後見・任意後見　ご相談票

ご記入のうえFAXしてください。**2営業日以内に、担当者からお電話します。**

1．ご相談者（送信される方）			
事業所名			
ご担当者名		電話	
種別	□地域包括支援センター　□ケアマネジャー　□施設　□病院（MSW等） □その他（　　）		

2．ご本人のこと　※誤送信に備え、氏名は書かずにイニシャルでお願いします	
イニシャル・年代・性別	イニシャル（　　）　　歳代　　□男性　□女性
お住まい	□在宅（　　市・区）　□施設・病院（名称：　　）
判断能力の状態	□認知症　□知的障がい　□精神障がい　□診断は未確認　□判断能力は十分
ご親族	□いる（続柄：　　）　□いない　□いるが協力できない・連絡がとれない
収入の状況	□生活保護を受給中　□年金等で生活　□分からない

3．ご相談の内容（あてはまるものすべてに✓）
□後見・保佐・補助の申立てをしたい（□本人　□親族　□市長申立ての予定　） □後見人等の候補者を探している □費用が心配（申立費用・後見人報酬の助成制度や法テラスを使いたい） □任意後見・見守り契約・死後事務・遺言の相談（ご本人の判断能力があるうちの備え） □すでに後見人等がいるが、その交代や相談をしたい
困っていること（例：施設や介護サービスの契約ができない、支払いが滞っている、預金が下ろせない、悪質商法の被害が心配　など）

4．ご連絡の希望	
連絡しやすい時間帯	□いつでも　□午前　□午後　□その他（　　）
ご希望	□まず電話で相談したい　□ご本人に会って話を聞いてほしい □資料を送ってほしい

ご相談は無料です。収入が少ない方は、法テラスや市の報酬助成制度が使える場合があります。お気軽にご相談ください。

ウィルパートナー司法書士事務所　司法書士　川西祐輔（公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート会員）
〒552-0003　大阪市港区磯路二丁目３番１５号磯路ビル３Ｆ　　TEL 06-7777-3812　　FAX 050-3453-4261

※ご記入いただいた情報は、ご相談への対応のためだけに使用します。