

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート神奈川県支部事務局 御中
 FAX : 045-640-4346

成年後見人等候補者推薦依頼書

依頼日: 令和 年 月 日
 依頼者:
 担当者:

リーガルサポートからの 回答希望期限	月 日頃まで
-----------------------	--------

電話: () 内線()
 FAX: ()

事件区分	後見・保佐・補助・任意後見・任意代理 その他()	家裁名 事件番号	家庭裁判所 平成・令和 年(家)第 号	支部 号
本人状況	年齢: 歳 性別: 男・女 ① 認知症等 () 要介護度 () 診断名: 長谷川式 () 点 ② 知的障害 () A1・A2・B1・B2 診断名: 自閉症・先天的 ③ 精神障害 () 級 診断名:			
住所・居所	住所:()※本人の住所を町名・字名まで記載してください。 住所の種別: ① マンション(持ち家・賃貸) ② 一戸建て(持ち家・賃貸) ③ その他() 居所: ① 在宅 ② 施設(名称: /入所日: 年 月/所在地:) ③ 病院(病院名: /入院日: 年 月/所在地:)			
申立人	① 親族(本人との関係:) ② 市区町村長(具体的に:) ③ その他()			
申立動機	① 本人支援 ② 金銭管理 ③ 遺産分割 ④ 不動産処分 ⑤ 施設入所 ⑥ 虐待 ⑦ その他()			
親族状況 支援ネット	親族(申立同意の有無): 別紙「親族関係説明図」のとおり(※親族関係説明図を添付してください。) 協力者: トラブル:			
財産状況	預貯金: 円 現金: 円 不動産: 自宅(土地・建物)・自宅以外() 負債: 円 保険の有無: 生命保険(有・無)、損害保険(有・無) その他(株式、動産等):	現在の財産の管理者:		
福祉・医療 サービス	福祉: 医療:			
収支 (月額)	収入: 年金 円 生活保護 円 その他() 円	年金種別: 国民年金/厚生年金 老齢年金/障害年金/遺族年金		
	支出: 生活費等 円 家賃・地代 円 施設・病院利用料 円 社会保険料等 円 その他() 円			
	収支: □黒字 ・ □赤字 円			
特記事項	① 「成年後見制度利用支援事業」の後見人報酬助成制度利用の有無: 利用可・可能性あり・なし ② 現在係わっている司法書士、弁護士、社会福祉士等の専門職 (※氏名を記載してください。) ③ 今後の方向性について			

※注意事項: 被後見人等の氏名など個人が特定される名称等は記載しないでください。