

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 (市区町村長申立用)

依頼日: 令和 年 月 日
 依頼者:
 担当者:
 電話: () 内線()
 FAX: ()

事件区分	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	家裁名 事件番号	家庭裁判所 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年(家)第	支部 号
本人状況	年齢: 歳 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 認知症等 () 要介護度 () 診断名: 長谷川式 ()点 <input type="checkbox"/> 知的障害 等級・区分() 診断名: 自閉症・先天的 <input type="checkbox"/> 精神障害 等級() 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: <input type="checkbox"/> マンション(<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸) <input type="checkbox"/> 一戸建て(<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸) <input type="checkbox"/> その他() 居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設(名称: /入所日: 年 月/所在地:) <input type="checkbox"/> 病院(病院名: /入院日: 年 月/所在地:)			
申立動機	<input type="checkbox"/> 本人支援 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 遺産分割 <input type="checkbox"/> 不動産処分 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物) <input type="checkbox"/> 自宅以外() 負債: 円 保険: <input type="checkbox"/> 生命保険 <input type="checkbox"/> 損害保険 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	年金種別: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金	
	生活保護	円		
	その他()	円		
	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: <input type="checkbox"/> 黒字 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 利用可 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 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。