弁護士法人岡山パブリック法律事務所　後見センター　行　　FAX：**086-803-3677**

**新規後見等事件申込書**

令和　　年　　月　　日

【打診者】機関名

担当者名

電話番号

FAX番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人  （イニシャルの場合は氏，名の順） | | | ふ り が な  氏　　名： | | | | | | | 性別　□男　□女  診断書　□相談中　　□作成中  　　　　　□有（作成日：　　　　　） | |
| 生年月日：ＭＴＳＨ　　年　　月　　日　 　年齢　　歳 | | | | | | |
| 住民票上の住所：  現在の居所：  現在の居所：□自宅　□病院　□施設　□その他（　　　 　　）  在宅の場合：□独居　□同居者あり（本人との関係：　　　　　　　　　　　）  住居の形態：□持家　□借家（家賃　　　　　　円／月） | | | | | | | | |
| 類型等 | | | □後見  □保佐  □補助 | 申立人 | | □本人　□親族（本人との関係：　　　　　　　　）　□市町村長  ※本人または親族での申立の方→パブリックでの申立手続きを依頼希望あり　□ | | | | | |
| 申立日 | | 令和　　年　　月　　日（既に申立をしている場合） | | | | | |
| 本人の意見 | | | □後見制度の利用に賛成　　　　　　□後見制度の利用に反対  □説明をしたが理解できていない　　□説明をしていない | | | | | | | | |
| 費用負担  （※ご不明な場合お尋ね下さい） | | | 専門職後見人は報酬（月２万円以上）が必要となります。後見人報酬についてご本人の理解および生活への支障がないことが必要ですので，次のいずれかに該当することを必ずご確認下さい。  □後見人報酬について本人が納得しており，本人の生活に支障がない。  □本人の理解は困難であるが，後見人報酬を要しても本人の生活に支障がない。  □経済的に困窮しており，成年後見制度利用支援事業の助成金（市町村からの助成）が利用できる見込み | | | | | | | | |
| 収入 | | | □生活保護 | | □年金（種類：　　　　　　）  月額　　　　　　　　　　円 | | | | □その他（具体的に： 　　　　　 ）  月額　　　　　　　　　　　円 | | □不明 |
| 収入の管理状況（管理者等）： | | | | | | | | |
| 支出 | | | 支出額の合計　月額　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 具体的内容 | | | | | | | | |
| 資産 | 預貯金 | | □有（　　　　　　　　　　　円）　□不明 | | | | | | | | |
| 預貯金の管理状況（管理者等）： | | | | | | | | |
| 不動産 | | □有（□居住用　□賃貸用　□田畑・山林等）　　□無　　□不明 | | | | | | | | |
| 管理状況や名義人等： | | | | | | | | |
| その他 | | □有（具体的には：　　　　　　　　　　　　　）　 □無 　　□不明 | | | | | | | | |
| 虐待等 | | | 虐待ないし虐待を疑う事情　　□有　□無 | | | | | | | | |
| 有る場合は具体的内容 | |  | | | | | | |
| 手帳取得の有無、介護保険等 | | | 精神福祉手帳または療育手帳：□有（療育ＡＢ、精神１・２・３級）　□無  身体障害者手帳：□有（　　　級）　障害名（　　　　　　　　　　　　　）　□無  障害福祉サービス受給者証：□有（区分　　　）有効期間（　　年　　月～　　年　　　月）□無  介護保険証：□認定有（要介護・要支援　　　）有効期間（　　年　　月～　　年　　　月）  　　□無　　□申請中  長谷川式　：　　点（検査日：　　　　）　ＭＭＳＥ　：　　点（検査日：　　　　）  介護サービス等の利用状況： | | | | | | | | |
| そ  の  他 | | ① 現在の状況・後見制度利用に至る経緯 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ② 施設入所や転院等の予定について | | | | | | | | | |
| □予定はない  □予定がある（□転居　　□退院　　□入院　　□転院　　□施設入所）  　時　期：□令和　　年　　月頃  　所在地：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  施設・病院等の名称：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ③ 生活歴 | | | | | | | | | |
| 【暮らしに関すること】 | | | | | | | 【学歴・職歴・婚姻歴】 | | |
| ④ 病歴 | | | | | | | | | |
| 【判断能力に関するもの】  診断名： | | | | | | 【その他の疾病等】 | | | |
| ⑤ 家族に関すること | | | | | | | | | |
| 【親族関係図】 | | | | | | | 【親族関係】  ＊キーパーソン | | |
| ⑥本人の性格・キャラクター・特性等 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ⑦ 予想される後見事務、留意事項 | | | | | | | | | |
| 【財産管理】  □日常生活費管理（渡し方：　　　　　　　　　）  □負債の整理  □相続手続（被相続人：　　　　　続柄：　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 【身上保護】  □入所施設の選定や契約  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ⑦ 支援機関・支援者について | | | | | | | | | |
| 機　関　名 | | | | | 担　当　者 | | 連　絡　先 | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |

【パブリック記載】□相談のみ　　□判定会議（　　　年　　月　　日）　□受任（　　年　　月　　日）

令和6年4月版