

### 成年後見人等候補者推薦依頼書

コスモスからの回答希望期限：  
 月 日ごろまで

依頼日	令和 年 月 日
依頼者	
担当者	
電 話	— —
(内線)	
F A X	— —
E-MAIL	

類 型	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 任意後見 <input type="checkbox"/> 不明					
本人状況	氏 名 (イニシャル可)				年 齢	歳
	①認知症等	要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )		性 別	
		認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
		寝たきり度	自立・J・A1・A2・B1・B2・C1・C2		長谷川式	点
	②知的障害	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	診 断 名			
③精神障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	診 断 名				
住所・居所	住 所					
	住所の種別	<input type="checkbox"/> マンション(持ち家・賃貸) <input type="checkbox"/> 一戸建(持ち家・賃貸)		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	居 所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所	入院・入所日	年	月	
申立人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 未定					
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	親族(申立同意の有無)	「親族関係説明図」のとおり (*親族関係図を別添又は下欄に記載してください。)				
	協 力 者	なし・あり ( )				
財産状況	預 貯 金	円	株式・有価証券	円		
	不 動 産	<input type="checkbox"/> 自宅(土地・建物) <input type="checkbox"/> 自宅以外 ( )				
	負 債	円	内 訳			
	保険の有無	<input type="checkbox"/> 生命保険(あり・なし) <input type="checkbox"/> 損害保険(あり・なし)				
	その他(動産等)					
	現在の財産の管理者					
利用中の福祉医療	福 祉					
	医 療					
収 支 (年額)	収 入	年 金	円	親族関係説明図		
		生活保護	円			
		その他	円			
	支 出	食費生活費等	円			
		家賃・地代	円			
		施設・病院費用	円			
		公共料金	円			
	その他	円				
収 支	円 黒字・赤字					
特記事項	①現在関わっている行政書士・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。)					
	②「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可否			利用可・可能性あり・利用不可		
	③その他					