

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
					性 別	
	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→
		認知症自立度		寝たきり度		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"/> 一戸建て(持ち家・賃貸) <input type="checkbox"/> その他→				
	居 所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 または 入所	入院・入所日	年	月	
申 立 人	名 称				所在地	
	申 立 人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 本人との関係→	<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				「あり」の場合⇒	
	ト ラ ブ ル				「あり」の場合⇒	
財産状況	預 貯 金			円	株式・有価証券	円
	不 動 産	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 自宅以外		
	負 債			円	内 訳	
	保 険 の 有 無	<input type="checkbox"/> 生命保険		<input type="checkbox"/> 損害保険		
	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			0 円	差引 0		
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					
	③その他					