

成年後見人等候補者紹介依頼票(平成28年4月改訂)

権利擁護センターばあとなあ東京 センター長 宛
成年後見人等の候補者の紹介を依頼します。

※本票をFAX等で送付後、必ず電話を入れてください。相談員が聴き取り後に受理となります。
※本人情報の記載については、個人が特定されないようご注意ください。

依頼日	年 月 日	紹介期限	年 月 まで
依頼者 (関係機関等)	(担当者名:)		本人との関係
連絡先	TEL:	FAX:	

類 型	法定後見 (後見 ・ 保佐 ・ 補助 ・ 未定) / 診断書 あり ・ なし / 任意後見		
申 立 人	本人 親族() 首長 未定 職権 その他の申立人		
本人状況	年齢()歳 性別 (男性 女性)		
	判断能力あり 認知症 知的障害 精神障害 その他()		
	手帳: 知的(度) 精神(級) / 障害支援区分等() 身体(級)		
	介護保険申請あり 要介護() 要支援() ・ なし		
現 住 所	居住 非居住 処分済み		
住まいの状況	()区市町村 沿線 線 駅 徒歩・バス 分		
	在宅 単身 ・ 同居() 福祉施設等 () 入院		
	所有 (戸建 集合住宅) ・ 借地 ・ 借家 (戸建 公営住宅 民間マンション 民間アパート)		
居所の移動	予定あり ()ごろ 移動先() ・ 未定		
資 産 状 況	収入 : 月額 約 円 内容: 生活保護 年金() その他()		
	支出 : 月額 約 円 内容:		
	預貯金: ある (概略 円) なし 不明		
	その他資産 : 非居住用不動産 株式等 生命保険 その他 ()		
	負 債: あり (内容) なし		
親族との関係	配偶者: あり なし / 子() / 兄弟姉妹: あり なし ()		
	親族: ()		
申立ての事情	(本人への申し立てで説明:済み 未) (候補者紹介依頼に対しての申立人の了解:あり ・ なし) ※依頼された後、状況の変化、取下げの意向等ある場合は、速やかにご連絡ください。		
成年後見利用 支援事業等	本ケースが報酬対象と (なる ・ ならない)	対象とならない理由が分かれば記入願います。	

※本票の記載内容は成年後見人候補者紹介の手続き以外は使用しません。

コーディネーター記入欄

終了日 年 月 日

相談番号		氏 名	
候補者名	(連絡先:)		
候補者名	(連絡先:)		
結 果	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 紹介不可 (理由:) <input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 依頼者側事情 <input type="checkbox"/> 当会側事情(理由:)		