

成年後見人等候補者調整・紹介依頼票 【2024 改訂版】

権利擁護センターばあとなあ静岡 TEL054-252-9877 FAX 054-252-0016(受付時間9時~15時)

※本票をFAX等で送付後、必ず電話を入れてください。相談員が聞き取り後に受理となります。

※情報の記載については、個人が特定されないようご留意ください。(本人氏名等は受理時に確認します。)

依頼日	年月日	紹介期限	年月日まで
依頼機関 (支援者等)	(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() 市町長() 未定		
本人状況	年齢()歳 性別 (男性 女性)		
	判断能力あり 認知症 知的障がい 精神障がい その他()		
	手帳: 身体 知的 精神 / 等級() / 障害支援区分等 ()		
介護保険申請あり 要介護() 要支援() ・ なし			
現住所	居住 居住していない(家屋等 有・無)		
住まいの状況	()市町()町名まで ※番地等は電話でお願いします		
	在宅 単身・同居() 施設等() 入院()		
所有 (戸建 集合住宅) ・ 借地 ・ 借家 (戸建 公営住宅 民間アパート等)			
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 (概の金額 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 不明			
親族の有無、 関係性など 福祉サービスの 利用状況	<div style="text-align: right;">ジエノグラム (親族関係図)</div>		

※ 2枚目に続く

申立の事情 (記入しきれない場合は別紙で)	(本人への申立て説明: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) 中核機関等の事前検討 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(可能であれば、検討時の資料等を添付願います)
※申立予定(　月　日頃) 状況変化や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	報酬助成の対象と (なる・ならない・不明)

※本票の記載内容は、成年後見人等候補者調整の手続き以外では使用しません。

ばあとなあ静岡記入欄

結果記入日 年 月 日

受付番号			(フリガナ)		
家裁	本庁 /	(支部・出張所)	氏名		
調整結果	□紹介(連絡済) □紹介不可(理由等))	<input type="checkbox"/> キャンセル

聞き取りによる詳細情報(記載者:)

【要確認】福祉サービスの利用状況、事業所名等