

高齢者・障がい者の権利擁護のための司法書士出張事業利用申込書

(公社)成年後見センター・リーガルサポート鹿児島支部 御中

私は、高齢者・障がい者の権利擁護のための司法書士出張事業の利用を申し込みます。なお、2回目以降の相談については、有料であることを了承しました。

また、貴法人において本案件が法テラス特定援助対象者法律相談援助の対象になると判断される場合には、そちらを利用することを了承します。

令和	年	月	日
----	---	---	---

★申込み団体等

団 体 名		担 当 者	
連絡先住所	〒 _____		
電 話		F A X	
メールアドレス			

★当事者（ご本人）について

年 齢		性 別	男 ・ 女
居 住	居宅 ・ 施設病院等（ _____ ）		
障 がい 要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 身体障がい（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 知的障がい（ _____ ） <input type="checkbox"/> 精神障がい（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 要支援（ _____ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ _____ ） 備考（ _____ ）		
司法書士の 出張が必要 な理由	<input type="checkbox"/> 本人が高齢又は障がいにより外出できないため <input type="checkbox"/> 本人が入院中のため <input type="checkbox"/> 本人の支援に関するカンファレンスに出席してもらいたいため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
相 談 内 容	別紙記載のとおり（別紙にご記入ください）		
	<input type="checkbox"/> 本案件について、司法書士出張事業を利用したことはありません。		
	<input type="checkbox"/> 本案件について、法テラス特定援助対象者相談援助を利用したことはありません。		
出席予定者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（ _____ ） <input type="checkbox"/> 申込団体関係者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

F A X 送付先 099-248-8422

※リーガル事務局使用欄

N O		受付日		相談員	
-----	--	-----	--	-----	--

(別紙)

相談内容	
------	--

※出張した相談員が、そのまま後見開始等申立書の作成を支援したり後見人等候補者になるとは限りません（＝申立書の作成支援や後見人等候補者には、出張した司法書士とは別の司法書士が関与することがあります）。出張した相談員がその後の申立書の作成支援を行うことや候補者になること等を希望される場合には、あらかじめその旨もご記入ください。

※リーガル事務局使用欄

NO		受付日		相談員	
----	--	-----	--	-----	--