自然災害 被災者・避難者対象

無料同行訪問相談申込書
（成年後見関係）

申込日：令和　　年　　月　　日

申込書送付先FAX番号：03-5363-5065

1　申込者

支援団体名	
担当者	
住所	〒　　－　　　都道府県
ＴＥＬ	＊市外局番から記載してください。

2　相談内容（概略）

本人氏名	□ 匿名	年齢	才	性別	男・女		
本人の状況	1 □ 単身　2 □ 家族同居　3 □ 施設　4 □ 病院　5 □ その他（　　　）						
相談の内容	1 □ 任意後見　2 □ 法定後見　3 □ 制度概要　4 □ 遺言相続　5 □ 身元引受 6 □ その他（　　　）						

相談希望日	第1希望	年　月　日 （時間　　）	第2希望	年　月　日 （時間　　）	第3希望	年　月　日 （時間　　）

3　相談内容（詳細）

上記相談対応を内諾しているリーガルサポート会員（司法書士）がいる場合、その氏名（空欄でも結構です）	氏名		連絡先	