第　 　　　　号

　年　月　日

公益社団法人長野県社会福祉士会　会長　宛て

○ ○ 市 町 村 長 　氏　名　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（地域包括支援センター・親族名等）

成年後見人候補者の推薦について（依頼）

この度、成年後見制度を利用する下記の案件について、貴会会員を成年後見人（保佐人、補助人）候補者にしたいので推薦をお願いします。

記

１　被後見人等（本人）の主な状況

　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　（性別　　）

　　住　　所：

　　生年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　歳）

　　疾病、手帳の所持等級、現在の生活状況、退院の目途・予定等

　　収　　入：　　　　　　円（月換算）　　支　　出：　　　　　　円（月換算）

　　収支差額：　　　　　　円　　赤字の場合その対応

預 貯 金：　　 　　　 円　　　　　不動産等：　　　　　　　　（本人名義）

負 債 額：　　 　　　 円

※　可能であれば次ページの詳細な状況の記載をお願いします

２　成年後見の申立者

　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　（行政は担当課・係・氏名も、親族は続柄等）

　　住　　所：

　　連 絡 先：

３　成年後見等の申立の主な事由

４　そ の 他

　（本人の収入支出で後見報酬の付与の申立が難しい場合、市町村の成年後見支援助成制度の利用が可能かどうか等）

被後見人等（本人）の詳細な状況

|  |  |
| --- | --- |
| ①　相談経過 |  |
| ②　健康状態 |  |
| ③　事実関係 | 消費者被害　　□あり　□なし　（補足事項：　　　　　　　　　　　　　　）経済的虐待　　□あり　□なし　（補足事項：　　　　　　　　　　　　　　）近隣所関係　　□良好　□不良　（補足事項：　　　　　　　　　　　　　　）親族間関係　　□良好　□不良　（補足事項：　　　　　　　　　　　　　　） |
| ④親族関係 | 　　同　居 | 氏名 | 性別 | 年齢 | 親等　※該当に○（配偶者の姻族は△）を記入 | 本人との関係 | 健康状態 | 後見人可能性 | 備考 |
| 配偶者 | １ | ２ | ３ | ４ |
| 子 | 父母 | 孫 | 兄弟 | 祖父 | ひ孫 | 曾祖 | 叔父 | 甥姪 | いと |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ［家族関係図］ |
| ⑤主な関係者 |  |
| ⑥課内等の検討結果 | 評価項目 | 必要度・可能性 | 備考 |
| なし | 低い | 高い | 保留 |
| 法的な対応 |  |  |  |  |  |
| 福祉的な対応 |  |  |  |  |  |
| 相続に関する対応 |  |  |  |  |  |
| 遺言に関する対応 |  |  |  |  |  |
| 親族への期待度 |  |  |  |  |  |
| 対応方針 | □法定後見（□後見類型　　□保佐類型　　□補助類型）□任意後見　 |
| 特記事項 |  |