

準備シート(成年後見制度申立)

作成：令和 年 月 日

記入者：

本人氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	相談者氏名		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日	ご関係		
			(歳)	TEL:		
住所(住民票)				本籍	(筆頭者:)	
住所(居所)	<input type="checkbox"/> 上記と同じ ※上記と異なる ⇒ 場合は記入					
	<input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 戸建て) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設・グループホーム <input type="checkbox"/> その他() ※入院・入所の場合(年 月~) ※居所変更の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒					
障がい等の程度 (注意) 障がいが身体のみで認知症もない場合、成年後見制度は利用できません	<input type="checkbox"/> 高齢者 ⇒ 介護認定 <input type="checkbox"/> 認定あり⇒ <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(<input type="checkbox"/> 区分変更申請) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 ・障害高齢者の自立度 ⇒ 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2 } ※不明の場合は記入不要 ・認知症高齢者の自立度⇒ 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IV・M } <input type="checkbox"/> 知的障がい ⇒療育手帳 <input type="checkbox"/> あり(等級: 級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未診断 <input type="checkbox"/> 精神障がい ⇒保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> あり(等級: 級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未診断 <input type="checkbox"/> 身体障がい ⇒身障手帳 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし ・障害支援区分 ⇒ <input type="checkbox"/> あり(区分:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中					
ご本人の健康状態	・身体疾患 <input type="checkbox"/> あり(病名:) ・精神疾患 <input type="checkbox"/> あり(病名:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未診断 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> あり(医療機関:) <input type="checkbox"/> なし ⇒申立に必要な診断書の作成 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> これから相談					
日常生活動作	<input type="checkbox"/> おおむね自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり					
後見等を必要とする状況や困りごと	<input type="checkbox"/> 財産・金銭管理が困難 <input type="checkbox"/> 契約行為が困難 <input type="checkbox"/> 消費者被害 <input type="checkbox"/> 生活困窮 <input type="checkbox"/> 支援拒否 <input type="checkbox"/> 近隣トラブル <input type="checkbox"/> 触法 <input type="checkbox"/> 虐待(疑い含む) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況・これまでの経過)					
理解力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 説明すれば理解できる <input type="checkbox"/> 説明しても理解が難しい時がある <input type="checkbox"/> 説明しても理解できない <input type="checkbox"/> その他()					
判断力	<input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 内容によって難しい <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> 日によって変わる <input type="checkbox"/> その他()					
意思疎通への配慮	カッコ内に、問題なし(O) サポートが必要(Δ) ほとんどできない(X) わからない(?)で記入 ⇒読み書き() 自分の意思の表出() 聴力() 視力()					
制度利用のご本人意思	<input type="checkbox"/> 利用意思がある <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は不安定 <input type="checkbox"/> 必要性は認めているが利用の意思は低い <input type="checkbox"/> 利用について拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思表示なし <input type="checkbox"/> 未確認(確認の予定:)					

ご本人の生活歴	学歴・職歴・婚歴・病歴等(〇年～〇年、〇歳頃など、わかれば時期も)
---------	-----------------------------------

家族関係図	二親等内の親族(配偶者・両親・子・孫・祖父母)			
	氏名	続柄	生年月日	居所・関係性等

(申立可能な四親等内の親族:)

福祉・介護サービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している ⇒内容・頻度 <支援者> <input type="checkbox"/> ケアマネ () ※わかれば <input type="checkbox"/> 計画相談員 () 連絡先も <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------	---

日常生活自立支援事業の利用 これまで利用なし 現在利用中 以前に利用あり

収支・財産状況	収入(1ヶ月)		支出(1ヶ月)		資産等(わかる範囲で)
	年金	円	食費・日用品	円	預金 保有口座(金融機関名)
	(種類:)		水道光熱費	円	
	年金	円	通信費	円	負債 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合、内容・金額
	(種類:)		家賃・施設費	円	
	給付金	円	国保・介護保険	円	
	生活保護費	円	税金	円	不動産 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ありの場合、内容
	給与	円	医療費	円	
その他	円	こづかい	円		
計:	円	計:	円		

遺産分割未了の相続財産	<input type="checkbox"/> あり(内容⇒) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	被相続人氏名: _____ 本人との続柄: _____ 本人の相続分(分の) <input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 建物 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	--	---

支援機関による見立て	<後見等の必要性> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <虐待相談> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <後見の予想類型> <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 <緊急性> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【必要と思われる支援内容】 <input type="checkbox"/> 預貯金等の管理 <input type="checkbox"/> 福祉サービス・介護保険の契約 <input type="checkbox"/> 遺産の分割や相続 <input type="checkbox"/> 保険金等の受取 <input type="checkbox"/> 施設入所・入院手続き <input type="checkbox"/> 消費者被害への対応(契約の取消) (機関・担当者名) <input type="checkbox"/> 不動産の管理・処分 <input type="checkbox"/> 訴訟手続き等 <input type="checkbox"/> その他() 【望ましい後見人等候補者】 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他() <今後の対応> <input type="checkbox"/> 本人申立で進める <input type="checkbox"/> 親族申立で進める <input type="checkbox"/> 市長申立(要請者:) <input type="checkbox"/> その他制度を活用 ()
------------	--