

援助申込書

No.

【機3】

この欄の署名は、弁護士・司法書士の事務所で相談する場合のみ、相談実施後に記入してください。法律相談実施前に記入することは禁止されています。

○ 相談実施日時 ※(法律相談担当者の方へ)相談実施日から1カ月以内に必ず提出してください

年 月 日 / 時 分 ~ 時 分	申込者 代理相談者： (自署)
-------------------	-----------------------

こちらは相談実施後に記入します。代理相談の場合は、代理相談者の名前を記入します。

<個人情報の利用目的について> ご提供いただいた個人情報は、申込者ご本人の同意を得ている場合や法令に基づき業務の目的の範囲内で利用します。個人情報は、業務の処理上、法テラスが選定した協力会社(立替金の返済のための金融機関、収納代行会社、督促手続等を行う機密保持契約を結んだ会社等)に預託する必要があるほか、事件を担当する予定の弁護士、司法書士及び法テラスの指定相談場所等に提供し、共有します。なお、ご提出いただいた援助申込書は返却できません。

1 過去に法テラスまたは(財)法律扶助協会の相談や援助を受けたことがありますか。 有

●援助申込

申込日	2017 年 1 月 1 日			生年月日	1970 年 2 月 1 日			
申込者	フリガナ	テラス ヒカリ		<input type="checkbox"/> 代理相談	年齢	46 歳	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名(自署)	2 寺須 ひかり		3 代理相談者の氏名(自署)				
職業	4 <input type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()							
現住所	5 〒 123 - 4567 東京 都道府県 中野 市区町村 本町 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ●●アパート101号室							
TEL	6 (自宅) 03-0000-△△△△ (携帯) 090-△△△△-□□□□							

●希望連絡先(※現住所への郵送・電話連絡が差し支える場合のみ記入)

連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 弁護士・司法書士 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他()	連絡希望理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛争の相手方と同居 <input type="checkbox"/> その他()
〒	123 - 7654		
7	東京 都道府県 新宿 市区町村 西新宿 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ■■■法律事務所 様方 TEL [03-××××-0000]		

●家族人数

8 単身者 配偶者有(内縁含む) ⇒ 同居 別居
 申込者または配偶者(内縁含む)が扶養している同居家族人数 1人 2人 () 人
 ※申込者・配偶者は人数に含みません

●申込者と配偶者の収入 ※「平均月収」欄には、手取り年収(給与、賞与、年金や各種公的給付等の合計額)の1/12を記入ください。配偶者が紛争の相手方の場合には配偶者欄の記入は不要です。

収入		
氏名	収入の類型(該当するもの全て)	平均月収
9 申込者 同上	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 給与(□賞与有) <input type="checkbox"/> 自営収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 失業手当 <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> その他・公的給付等()	100,000 円
配偶者(内縁含む) 寺須 正義	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 給与(□賞与有) <input type="checkbox"/> 自営収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 失業手当 <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> その他・公的給付等()	200,000 円

●申込者と配偶者(内縁含む)の支出 ※ 該当するものは、全て月額で記入してください。

10	家賃又は住宅ローン	医療費	教育費	やむを得ない支出
	50,000 円	円	40,000 円	に関する費用 円

●申込者と配偶者(内縁含む)の現金・預貯金額合計(配偶者が相手方の場合は申込者のみ)

11 0円~180万円 180万0001円~250万円 250万0001円~270万円
 270万0001円~300万円 300万0001円~

●今回の相談内容(多重債務や相手方がいない相談の場合は「相談の内容」のみ記入してください。)

12	相談の内容	相談の相手方	住所
	離婚等請求	フリガナ テラス マサヨシ 氏名・社名 寺須 正義	(市区町村まで記入) <input type="checkbox"/> 不明である 東京都中野区
		代理人氏名等	<input type="checkbox"/> 弁護士・司法書士 <input type="checkbox"/> その他: <input checked="" type="checkbox"/> 代理人なし・不明