

この欄の署名は、弁護士の事務所等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。

※(法律相談担当者の方へ)相談実施後**直ちに**提出してください。

○相談実施日時 年 月 日 時 分 ~ 時 分	左記の日時に法律相談を受けました。※署名がない場合は、必ず理由書を添付してください。 申込者(自署) :
----------------------------	---

<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く場合等を除き、法テラス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(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)に預託する場合がありますが、事件を担当する予定の弁護士及び法テラスの指定する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。

●援助申込

申込日	西暦 年 月 日	生年月日	T/S/H 西暦 年 月 日
フリガナ		年齢	性別
氏名(自署)		歳	男・女
〒 _____	□ この住所への郵送不可		
都道府県	市区町村	TEL (自宅)	(携帯)

●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 type="checkbox"/> 弁護士 <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 type="checkbox"/> 相手方と同居 <input type="checkbox"/> その他()
〒 _____	都道府県	市区町村	氏名 _____ 様方 _____
TEL [_____]			

●事件の相手方

フリガナ	住所 (市区町村まで記入) □不明である。
氏名	

●申込者の法律相談時に処分可能な現金・預貯金 ※配偶者や親権者など、申込者本人以外の資産は含みません。

①現金・預貯金の額	円	※300万円以下の方は以下②③④の記入は不要です。
②本法律相談援助に係る特定侵害行為により生じた負傷又は疾病の療養に要する費用で、本法律相談援助実施日から1年以内に支出することとなる認められる費用	円	
③その他特定侵害行為を原因として本法律相談援助実施日から1年以内に支出することとなる認められる費用	円	
④ (①の額) - ((②の額) + (③の額))	円	
※④の額が300万円を超えている方のみチェックください。		
<input type="checkbox"/> 業務方法書第70条の22に基づき、DV等被害者援助費用(相談料)の負担を求められることにつき説明を受けました。		

法律相談票

事件名	DV・ストーカー・児童虐待	弁護士名	登録番号
相談場所	<input type="checkbox"/> 法テラスの事務所 <input type="checkbox"/> DV等被害者援助弁護士の事務所 <input type="checkbox"/> 出張相談 () <input type="checkbox"/> 指定相談場所 ()		
相談概要・今後の法的手続	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり(欄が不足する場合は別紙をご利用ください。また、持込みの場合はできる限り詳細にお書きください。) <input type="checkbox"/> 損害賠償請求 <input type="checkbox"/> 被害届提出 <input type="checkbox"/> 離婚等請求 <input type="checkbox"/> 保護命令申立 <input type="checkbox"/> 児童相談所通告 <input type="checkbox"/> その他 ()		
措置区分	<input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 相談打ち(今回限り) <input type="checkbox"/> 民事法律扶助(代理援助・書類作成援助)申込み予定(※) <input type="checkbox"/> 日弁連委託援助申込み予定(※) <input type="checkbox"/> 法律相談担当者私選受任 ※民事法律扶助及び日弁連委託援助は、別途援助申込みが必要です。 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 他機関紹介 [<input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 弁護士会 <input type="checkbox"/> 地方公共団体 () <input type="checkbox"/> 配偶者暴力相談支援センター等 <input type="checkbox"/> 民間支援団体 () <input type="checkbox"/> その他 ()]		
【簡易援助】相談時間内に本人名義の簡易な法的文書の作成を行った場合は、以下に作成文書の種類・通数を記入し、受領確認の被援助者署名を求めてください。なお、内容又は趣旨が同一で、宛先が異なるのみと判断できる文書を複数作成した場合でも、1通の扱いとなります(上限2通まで、作成文書の写しの添付が必要です。)			
作成文書の種類・通数	<input type="checkbox"/> 時効援用通知書 <input type="checkbox"/> 契約解除通知書 <input type="checkbox"/> その他 ()		通
被援助者による受領確認	作成文書を受領しました。(年 月 日) 被援助者署名		
被援助者負担の有無	<input type="checkbox"/> 有(2,160円(1通/税込)を本人から受領) <input type="checkbox"/> 無(生活保護受給を証する書面の提出要) <input type="checkbox"/> 業務方法書別表4の基準を超過(4,320円(税込/1通)を本人から受領)		