

代理相談委任状

私は、法テラス福岡が実施するリーガルエイドプログラム（LAP）の利用を希望しますので、そのために下記の職員に、民事法律扶助制度における3回の無料法律相談のうち1回に限って代理相談を委任します。

記

年 月 日

(委任を受ける方)

所 属 _____市_____区_____課_____係

ふりがな
氏 名

電話番号

(本人/委任をする方)

ふりがな
氏 名

_____ (署名のみで結構です)

住 所

生年月日 _____年 _____月 _____日生

平日ご連絡可能な連絡先 (Tel) _____

※ LAP は、法テラス福岡が生活保護受給者等を対象に自治体、福岡県弁護士会と連携事業として行う法的サービスであり、民事法律扶助制度を福祉的な観点から利用しやすいものになっています。

※ 代理相談は、生活保護課のケースワーカーがご本人に代わって、弁護士にあなたが抱える法的問題を相談して、解決に役立てるものです。

※ 民事法律扶助においては、同じ案件について3回まで無料相談を受けることができますが、この委任によって、そのうちの1回の無料相談を代理相談で使うことになります。