



# 特定援助法律相談 ご利用のすゝめ

(支援機関の方から申し入れしていただける出張法律相談です)

## 特定援助法律相談の特徴

- ご本人に代わって支援機関の方が申込みできます。
- ご自宅や福祉施設などで相談できます。
- 経済的に余裕のない方は無料で相談できます。  
※有資力の方には、相談料5,500円をご負担いただきます。

## 対象者は？

認知機能が十分でないため、法的問題を抱えているのに  
自ら法的支援を求めることができないと思われる方

(認知症の方や日常生活自立支援事業の利用者等で、自ら相談しようと行動を起こせない方です)

認知機能が十分でない方は、法的問題を抱えていても、ご自分で法律相談を受けるために行動することが難しい場合があります。

このような方は、**支援者の方から**法テラスにご連絡いただくことによって、弁護士や司法書士が、支援者の皆様と連携して法律相談を実施するという制度です。



## ご利用のSTEP

必要書類は法テラスのホームページからダウンロードできます。  
<https://www.houterasu.or.jp/>  
トップ>関係機関の方へ>特定援助対象者に対する援助について



### I 支援者の方から法テラスへ連絡

- 「連絡票」で、対象になる方か、相談料が必要な方かご確認ください。
- 「同意書」にご本人の署名をお取付けいただき、「連絡票」とあわせて法テラス福岡にFAX(092-722-3501)してください。
- 「制度説明書」をご本人にお渡しください。

### II 相談担当者との相談日程の調整

- 相談実施について法テラスからご連絡いたします。
- 相談担当者から、直接ご担当者様に、日程調整の連絡があります。

### III 法律相談の実施

- 相談者の安心のため、可能な限りご同席をお願いします。





## 特定援助対象者法律相談援助Q & A

Q. いつも相談している弁護士・司法書士を相談担当者にしてもらえますか？

A. 既に内諾を得ている弁護士・司法書士がいらっしゃれば、「連絡票」にその旨ご記入ください。

原則的には、ご記入いただいた弁護士・司法書士を相談担当者としますが、出張相談場所が遠隔地である、ご記入いただいた弁護士・司法書士が法テラスと契約していない等の理由により、別の弁護士・司法書士が担当する場合があります。

Q. 資力（収入・預貯金）の確認はどこまでしないといけませんか？

A. 支援者の方からご本人への質問により把握可能な範囲内でご確認いただき、資力基準を明らかに超えている場合のみ、所定の書式の資力確認欄にチェックをしてください。

※相談時に相談担当者をご本人に改めて資力確認をします。

Q. 相談には、同席しなくてはならないの？

A. 支援者の皆様には、同席の義務はありません。ただし、ご本人の安心やスムーズな法律相談実施・情報共有のため可能な限りご同席をお願いしております。

Q. 相談日当日、ご本人が相談料を準備していませんでした。

A. 相談料ご負担ありの判断がされ、その場でお支払い出来ない場合には、相談料払込取扱票をご本人にお渡し、後日、お振り込みをお願いします。

Q. 知り合いの方から申し込みしても大丈夫？

A. 家族や知人など、個人の方からの申し込みはできません。地方自治体の他、地域包括支援センターや社会福祉協議会などの関係機関の支援者の方からのみ、お申し込みを受け付けております。ご利用可能機関かどうかは、法テラスまでお問い合わせください。

<お問い合わせ先>

法テラス福岡

TEL：0503383-5501（平日9時～17時）

FAX：092-722-3501

日本司法支援センター  
**法テラス**

法テラスは国が設立した公的な法人です

## 特定援助対象者法律相談援助連絡票

法テラス福岡 御中 (FAX NO. 092-722-3501)

※同意書と合わせて FAX してください。 連絡票作成日 年 月 日  
 ≪支援者の皆様へ≫以下にご記入いただくか、□にチェックを入れていただきますようお願いいたします。

支援者記入欄

支援者所属機関名： 連絡先電話番号：

連絡先 FAX 番号： 支援者氏名： (職種 )

\*本連絡票作成を口弁護士/口司法書士が代行した場合作成者氏名： (登録番号 )

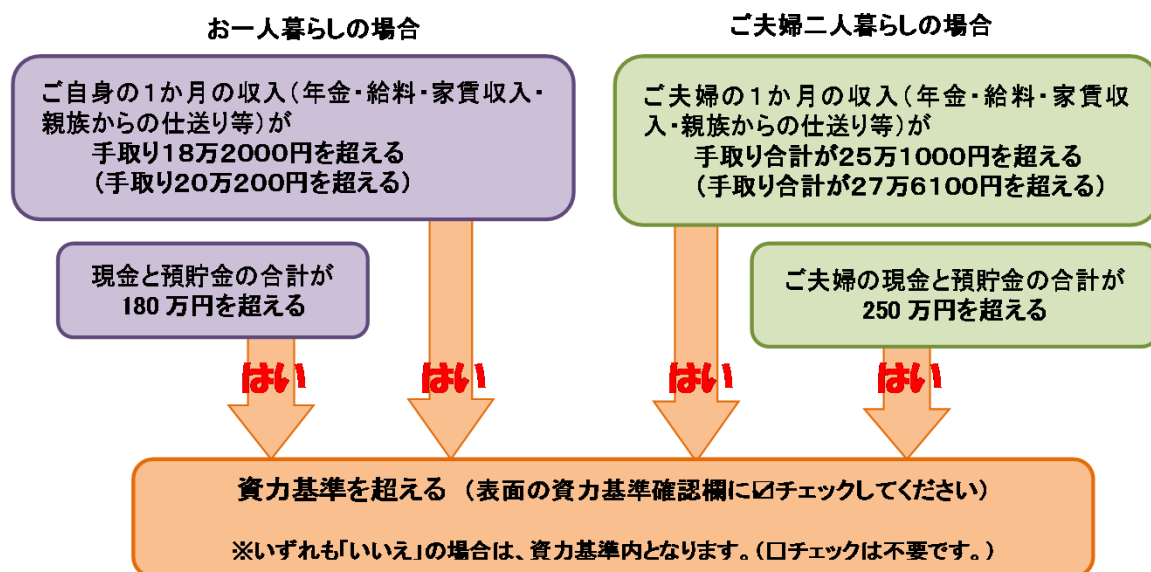
カナ		男・女	生年月日	年 月 日	年齢	才
ご本人氏名						
住所		資力基準確認欄		□資力基準を超える		
ご本人につき 支援要件を満 たすと思われ る事情 ①②の双方を 満たす必要が あります。	<input type="checkbox"/> ①下記いずれか1つに該当 (複数回答可) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳の発行を受けている者 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業の利用者 <input type="checkbox"/> 認知症、高次脳機能障害、発達障害、知的障害、精神障害等の医師の診断を受けたことがある <input type="checkbox"/> IQが70未満 <input type="checkbox"/> 長谷川式簡易スケール20点未満 <input type="checkbox"/> 認知機能要件チェックリスト (裏面) のいずれか2点以上に該当 (該当番号： , ) ④に該当する場合の具体的事情 ( )					
	<input type="checkbox"/> ②下記条件に該当する 法的問題を抱えていても、自ら法律相談を受けるために行動を起こすことができない					
法律相談の内 容又はご本人 に法律相談が 必要と思われ る事情						
同席予定者	<input type="checkbox"/> 上記支援者と同じ (異なる場合以下にご記入ください) <input type="checkbox"/> 所属機関名/連絡先 TEL 氏名 (職種 )					
希望相談場所	<input type="checkbox"/> 上記ご本人の住所 (居所) と同じ (異なる場合以下にご記入ください) <input type="checkbox"/> 施設名： 施設所在地：					
上記の件につき相談対応することを内諾している弁護士・司法書士 がいる場合その氏名 (空欄でも結構です) ※出張相談場所が遠隔地であ る等の理由により、ご担当いただけない場合があります。						

### ≪相談担当弁護士・司法書士の皆様へ≫

\*支援者又は同行予定者との間で相談日時を決め、以下の欄に記入して法テラス宛、本連絡票をご返送ください。  
 \*連絡票作成日から一週間以内に日程調整ができなかった場合、その時点で法テラスにご連絡ください。

担当弁護士・司法書士記入欄 法テラス福岡 TEL/FAX 0503383-5501 / 092-722-3501

相談日時	月 日 ( : ~ : )	相談担当者	
相談場所	上記希望相談場所と異なる場合にご記入ください。		



\* 生活保護法に定める保護の基準の一級地に居住している場合は、()内を確認してください。

\* 月収、又は現金と預貯金の合計が基準を上回っても、毎月かかる医療費・家賃等の支出を差し引くことができる場合がありますのでお問い合わせください。

\* ご家族が3人以上の場合等については、法テラスにお問い合わせください。

法テラス福岡 TEL/FAX 0503383-5501 / 092-722-3501

## 《認知機能要件チェックリスト》

- ① 自分の行動計画を立ててそれを実行することができない
- ② 同時に複数の作業をしたり、複数の事柄について優先順位をつけて対応したりすることができない
- ③ 物忘れが著しい(同じ話を繰り返す、予定を覚えられない、頻繁に会っている人の顔を覚えられない、数分前に聞いた話を思い出せない等)
- ④ 会話のつじつまが合わない、文法の誤りが目立つ、物の名前を忘れる、言葉の指示に従って動くのが苦手
- ⑤ 大工仕事、縫い物、料理、自動車の運転等以前できていた活動ができなくなった
- ⑥ 外出時に道に迷うことが多い
- ⑦ 服装、会話、行動等が社会一般的に許容される範囲から逸脱しているが本人にその自覚がない
- ⑧ 文字の読み書きに支援が必要なときがある(意味を理解するのに時間がかかる等)
- ⑨ 計算ができない・苦手(繰り上がり・繰り下がり計算ができない、割算掛算がほとんどできない等)
- ⑩ 社会的コミュニケーション(会話等)を行うのに適切な支援を要する
- ⑪ 塞ぎ込んでいて意欲がない(抑うつ傾向)
- ⑫ 幻視・幻聴等の幻覚がある(あった)
- ⑬ 収入と支出を踏まえた適切な財産管理ができず、このままでは経済的に破たんする可能性がある
- ⑭ その他認知機能に障害があるとうかがわせる事情がある(表面連絡票の具体的事情欄にご記入ください)

# この制度を利用される皆様へ

日本司法支援センター(法テラス)

1 あなたが法律に関する困りごとを抱えていた場合、福祉機関の方から法テラスにご連絡をいただければ、ご自宅・入院先・今お住まいの施設・ご自宅近くの地域包括支援センターなどまで、弁護士・司法書士がご相談を受けにうかがいます。

2 あなたの収入が少なく、現金・預貯金も少ない場合には、無料で相談できます。

あなたに一定以上の収入があったり、あなたが一定額以上の現金や預貯金を持っていたりする場合には、相談料5,500円を支払っていただきます。

3 ご相談の内容が、相談を受けた弁護士・司法書士、法テラス職員、相談に同席した福祉機関の方以外に伝わることは一切ありません。

《説明文書の受領の確認》※下記のチェックボックスにチェックをお願いします。

私は、この制度を説明する書類(「この制度を利用される皆様へ(制度説明)」)を受け取りました。

## 《個人情報利用にかかる同意》

フリガナ		年齢	性別
氏名			
住所 (居所)	(〒 - )		
	連絡が取れる電話番号 ( )		
この制度を利用するため、ここに書かれている私の名前や連絡先などを法テラスに伝えてもらって構いません。		年	月 日
		お名前 (自署)	

※上記自署欄への署名が不可能な場合は、支援者の方が代筆してください。  
～支援者の方へ～ 署名の代筆をされた場合は、書面の余白部分に、代筆者の署名及び代筆した理由を記載してください。

# この制度を利用される皆様へ(制度説明)

※ご利用者にお渡しください。

日本司法支援センター(法テラス)

1 あなたが法律に関する困りごとを抱えていた場合、福祉機関の方から法テラスにご連絡をいただければ、ご自宅・入院先・今お住まいの施設・ご自宅近くの地域包括支援センターなどまで、弁護士・司法書士がご相談を受けにうかがいます。

2 あなたの収入が少なく、現金・預貯金も少ない場合には、無料で相談できます。  
あなたに一定以上の収入があったり、あなたが一定額以上の現金や預貯金を持っていたりする場合には、相談料5,500円を支払っていただきます。

3 ご相談の内容が、相談を受けた弁護士・司法書士、法テラス職員、相談に同席した福祉機関の方以外に伝わることは一切ありません。