

特定援助対象者法律相談援助連絡票

法テラス ●● 御中 (FAX NO. ●●-●●●●-●●●●) 連絡票作成日 ●●年●●月●●日
 ※同意書と合わせてFAX してください。

《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： ●●地域包括支援センター 連絡先電話番号： ●●-●●●●-●●●●
 連絡先 FAX 番号： ●●-●●●●-●●●● 支援者氏名： ●●●● (職種 職員)
 *本連絡票作成を□弁護士/□司法書士が代行した場合作成者氏名： (登録番号)

カナ	ホウリツ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和●●年●●月●●日	年齢	●●才
ご本人氏名	法律 太郎					
住所	東京都中野区本町●-●-●		<input type="checkbox"/> 資力基準確認欄 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 認知症、高次脳機能障害、発達障害、知的障害、精神障害 <input type="checkbox"/> IQが70未満 <input type="checkbox"/> 長谷川式簡易 <input type="checkbox"/> 認知機能要件チェックリスト (裏面) のいずれか2項目 ④に該当する場合の具体的事 情					
	<input checked="" 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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 分かる範囲でご記入ください。 </div>					
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)				<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 相談対応を内諾している弁護士・司法書士がいる場合のみ、ご記入ください。 </div>	
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●●(担当：●●) TEL/FAX 0503383- / - -

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。		