

## 特定援助対象者法律相談援助連絡票

法テラス ●● 御中 (FAX NO. ●●-●●●●-●●●●)

※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： ●●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・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●-●-●	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"/> 長谷川式簡易スケール <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 <input type="checkbox"/> ④に該当する場合の具体的事情 ( )					
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	<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					
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。						

対象者の方に資力基準を確認していただいた上、業務を通じて日常的に知っている情報や本人から聞き取った情報などから基準を超えることが確認できた場合にチェックを付けてください。

分かる範囲でご記入ください。

相談対応を内諾している弁護士・司法書士がいる場合にのみ、ご記入ください。

## 《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-XXXX/XX-XXXX-XXXX

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。		