※相談申込みの方へ　　この用紙にご記入いただく個人情報は，事件管理やお問い合わせに関するご本人確認のため，また相談内容の把握と当会の法律相談事業の統計資料に利用いたします。
以上の点をご理解いただきまして，ご記入のうえお申し込み下さい。

大分県弁護士会高齢者障害者の財産管理・権利擁護センター

福祉担当者のための法律相談申込書

No.

大分県弁護士会TEL:097-536-1458

ＦＡＸ申込先　　:097-538-0462

申込受付日時	年　月　日　午前・午後　時　分	
団　体　名		
相談申込者 氏　名		
連絡先	TEL（　　）　－	FAX（　　）　－
連絡可能な 時間帯	／　午前・午後　時 ～ 午前・午後　時 ／　午前・午後　時 ～ 午前・午後　時	
【相 談 内 容】※ご本人を特定するような名称は使用せず，匿名及びABCなどの記入にてお願いします。		
本人の性別・年齢	男　・　女　　年齢　　歳	
本人の状態	1.高齢者 →認知症高齢者か　□はい□いいえ 要介護・要支援認定を受けているか□要介護（　度）□要支援□受けていない 2.知的障害 →□１度（最重度Ａ１）□２度（重度Ａ２）□３度（中度Ｂ１）□４度（軽度Ｂ２） □障害認定を受けていない　□その他（　　） 3.精神障害 →□統合失調症□躁鬱病□神経症□器質性精神障害（てんかん等）□中毒性精神病 □精神遅滞□その他（　　） 4.身体障害（　　）	
本人の生活状況	1.独居 2.家族と同居（続柄　　） 3.施設入所（・特別養護老人ホーム・老人保健施設・厚生施設・その他　　） 4.病院入院（・一般病院・老人病院・精神病院・その他　　） 5.通院中（　　）	