成年後見制度に関する受任候補者推薦打診票

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

打診機関：

担当者名：

電話番号：

推薦状送付先：〒

岡山県社会福祉士会・ぱあとなあ岡山　御中

〔郵送先〕

〒700-0807岡山市北区南方２－１３－１

岡山県総合福祉・ボランティア・ＮＰＯ会館７Ｆ

**※ホームページのお問い合わせに添付の上、送信可**

【基本情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ： | □男□女 | 生年月日（年齢） | 年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 住民票上の住所：居所：□同上　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 類型等 | 診断書 | □取得済み | □後見 　 □保佐 　 □補助　申立人(□予定)□市町村長　□本人 □親族(氏名　　　　　　　　　　　　　　) |
| □未取得　 | □医師に依頼している　　□依頼予定　　□お願いしたい(ぱあとなあに) |
| 本人の住居等 | □入院中（病院名等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□施設入所中（施設名と種類等： 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□在宅〔□独居　□同居者あり（本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕※在宅の場合の住居形態：□持家　（□一軒家　　□集合住宅）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□借家　（□一軒家　　□集合住宅）家賃月額　　　　　　　　円□その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人の心身の状況等 | 主たる精神上の障害：　□認知症　　□知的障害　　□精神障害　　□診断不能 |
| 障害等手帳 | □無　　□有：　□療育（　　　　　）　　□精神（　　　　　）　　□身体（　　　　　） |
| 要介護認定 | □無　　□有（介護度：　　　　　　　　　）　　□介護認定申請中 |
| 生活の自立度 | □Ｊ 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する□Ａ 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない□Ｂ　　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ□Ｃ　 １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する |
| (特記事項) |
| 介護サービスの利用状況 |  |
| その他参考事項 |  |
| 主たる収入 | □生活保護 | □年金（　　　　　　　　　　　　　　）※月額　：　　　　　　　　　　　円 | □その他（　　　　　　　　　　　　　）※月額：　　　　　　　　　　　　　円 | □不明 |
| 収入管理の状況（管理者等） |
| 主たる支出 | 支出額の合計 | ※月額　：　約　　　　　　　　　　　　　円程度 |
| 具体的内容 |  |
| 資　　産 | 預貯金 | □有（合計：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円）　　　□不明 |
| 預貯金管理状況（管理者等） |  |
| 不動産 | □有　〔□居住不動産　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕　　　□無　　　□不明 |
| 所有不動産の登記名義：　□本人単独　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 不動産管理状況（管理者等） |  |
| 他 | □有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無　　　□不明 |
| 負債等 | □有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無　　　□不明 |
| 虐待の有無等の事情 | 虐待（の疑い）の有無：　　□無　　□有（　□身体的虐待　□経済的虐　□その他　） |
| 有る場合の具体的状況 |  |
| 予想される事務 | □虐待対応への連携協力（担当窓口：　　　　　　　　　　　　　　）　□負債の調査と整理□入所施設の選定や契約（協力機関：　　　　　　　　　　　　　　　）□遺産分割□その他留意すべき事項　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人への説明と理解 | 1. 成年後見等申立てについて　□説明済み　　□説明せず（理由　　　　　　　　　　　　）
2. 後見人等への報酬について　□説明済み　　□説明せず（理由　　　　　　　　　　　　）
 |
| ※①②に対する本人の理解　　□同意している　　□反対している　　□理解できない |
| 【その他の情報】 |
| 現在の生活状況と申立てに至る経緯 |
|  |
| 生活歴に関する情報 |
| 〔暮らしに関すること等〕 | 〔学歴・職歴・婚姻歴等〕 |
| 病歴等に関する情報 |
| 〔判断能力に関するもの〕 | 〔その他の疾病等〕 |
| 親族に関する情報 |
| 〔家系図・親族関係図〕 | 〔親族との関係等〕 |
| 後見支援における留意事項 |
| 〔財産管理面〕 | 〔身上配慮面〕 |
| その他特記事項等（ぱあとなあ希望候補者があれば記入して下さい） (打診者がぱあとなあ会員の場合受任希望の有無を記入して下さい |
|  |
| 支援機関・支援者に関す情報〔記入者や本人との関わり等〕 |
| 関係機関名 | 担当者 | 連絡先 | 役割（本人との関わり）等 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

書式はホームページからダウンロードしてご利用下さい。（<http://csw-okayama.org/iinkai/partner/>）