**権利擁護にかかる相談受付票**

－５－

相談者事前記入用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. |  | | 相談機関：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 受付日時 | 令和　　年　　月　　日　　　時　　分頃 | | | | | | | | | 受付者 | |  |
| 相談形態 | 電話　　来所　　訪問　　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 対象者区分 | 認知症高齢者　知的障がい者　精神障がい者　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  対象者氏名 |  | | 男  女 | | | 住　所 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | 生年月日 | | S・H・R　年　　月　　日(　　歳） | | | | |
| 相談者区分 | 本人　親　子　配偶者　兄弟・姉妹　親類　隣人・知人  ヘルパー　民生委員　介護支援専門員　相談支援専門員  福祉施設　行政（　　　　　）　医療機関　市町村社会福祉協議会  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 相談者 | 氏名又は名称 | | | | | | 連絡先 | | | | | 対象者との関係 |
|  | | | | | |  | | | | |  |
| 相談区分 | 成年後見制度に関すること　日常的な金銭管理に関すること  虐待及び差別に関すること　各種サービスに関すること（手続き、苦情等）  本事業に関すること　　　　その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 相談内容 | 1. 対象者はどんな方（障がい、就労、居住、経済状態） 2. 現在どのような支援を受け生活しているか（生活状況） 3. 成年後見制度利用の必要性を感じた理由や経過 | | | | | | | | | | | |
| 本人へ支援が必要なこと | ※必要と見込まれるものに☑  財産管理　　　　　　　　　　　　　　　　裁判所の手続き  預貯金の払い戻し、解約　　　　　　　　　訪問販売等の契約取り消し  保険金の受領　　　　　　　　　　　　　　不動産処分  遺産分割　　　　　　　　　　　　　　　　その他  施設の入所、病院入院の契約締結　　　　　（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 制度利用に関する　　　　本人の意思 | 利用意思がある　　　必要性は認めているが利用の意思は不安定  必要性は認めているが利用の意思は低い　　利用について拒否傾向  意向未確認（制度の提案・説明はこれから） | | | | | | | | | | | |
| ※後見人等による預貯金管理が必要と思われる場合、預貯金通帳を後見人等が管理（保管）することについて  了承している　　　　意思は不安定　　　　拒否傾向 | | | | | | | | | | | |
| 判断能力 | 十分ある　　説明すれば理解はできる  説明しても理解が難しい時がある　　説明しても理解ができない | | | | | | | | | | | |
| 特記 | 項　　目 | | | | 有　無 | | | | 説明（有に☑の場合） | | | |
| ①　虐待（搾取）について | | | | 有　無 | | | |  | | | |
| ②　借金について | | | | 有　無 | | | |  | | | |
| ③　その他（あれば記入） | | | | | | | | | | | |
| 対応 | 情報提供や相談対応を行い経過観察    検討会議の開催 | | | | | | | | | | | |
| 中核機関  決裁 | 事務局長 | 課　長 | | 係　長 | | | | 主　査 | | | 係　員 | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | |

－６－

**情報シート１（生活状況）**

**作成日　　年　　月　　日**

－７－

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | |
| 世帯状況 | 独居　日中独居　高齢者のみ　障がい者のみ  その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 住居状況 | 本人持家　家族持家　本人借家　家族借家　その他（　　　　　　）　↪持家の場合名義人（　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 一戸建て　公営住宅　アパート　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 親族及び第三者支援の状況 | 家族関係図（ジェノグラム） | | | | | | | 第三者の支援状況 | |
|  | | | | | | | ※相続人以外の親戚や近隣住民 | |
| 続柄： | | 年齢： | | 連絡先の把握： 有 ・ 無 ・ (　　　　　) | | | | |
| 関わり・支援の状況： | | | | | | | | |
| 制度利用についての意見： | | | | | | | | |
| 続柄： | | 年齢： | | 連絡先の把握： 有 ・ 無 ・ (　　　　　) | | | | |
| 関わり・支援の状況： | | | | | | | | |
| 制度利用についての意見： | | | | | | | | |
| 続柄： | | 年齢： | | 連絡先の把握： 有 ・ 無 ・ (　　　　　) | | | | |
| 関わり・支援の状況： | | | | | | | | |
| 制度利用についての意見： | | | | | | | | |
| 就労状況 | 就労中  無職 | 勤務先： | | | TEL： | | | | |
| 生活保護 | 受給中  対象外 | CW： | | | TEL： | | | | |
| 主な収入源 | 内　　容 | | | | | | 金　額 | | |
|  | | | | | | 約　　　　　　円／月 | | |
|  | | | | | | 約　　　　　　円／月 | | |
|  | | | | | | 約　　　　　　円／月 | | |
| 合　　計 | | | | | | 約　　　　　　円／月 | | |
| 主な支出 | 内　　容 | | | 支払方法 | | | 金　額 | | |
|  | | | 現金・口座引落 | | | 約　　　　　　円／月 | | |
|  | | | 現金・口座引落 | | | 約　　　　　　円／月 | | |
|  | | | 現金・口座引落 | | | 約　　　　　　円／月 | | |
|  | | | 現金・口座引落 | | | 約　　　　　　円／月 | | |
| 合　　計 | | | | | | 約　　　　　　円／月 | | |
| 預貯金  取引金融機関 | 金融機関名　種類 | | | | | 管理者 | | | 預貯金額 |
| 銀行・信用金庫 | | | 普通・定期 | | 本人・（　　　　　　） | | | 円 |
| 銀行・信用金庫 | | | 普通・定期 | | 本人・（　　　　　　） | | | 円 |
| 銀行・信用金庫 | | | 普通・定期 | | 本人・（　　　　　　） | | | 円 |
| 銀行・信用金庫 | | | 普通・定期 | | 本人・（　　　　　　） | | | 円 |
| その他 | 【金銭管理状況の詳細について】 | | | | | | | | |

　　　　　　　例）・本人が通帳を管理し、カードでおろしているが、カードを紛失することもある。

　　　　　　　　 ・やむなく施設が管理し、払戻の際は本人に同行している。

－８－

**情報シート２（介護・医療）**

**作成日　　年　　月　　日**

－９－

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 障がい等 | 認知症　　　診断　　　あり（診断日：S・H・R　　年　月　日）　なし  日常生活自立度　障害高齢者の日常生活自立度  自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・２  　　　　　　認知症高齢者の日常生活自立度  　自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ | | | | | |
| 知的障がい　療育手帳　あり（認定日：S・H・R　　年　月　　日）なし  A重度　B中軽度 | | | | | |
| 精神障がい　精神保健福祉手帳　あり（認定日：S・H・R　　年　月　日）　なし  １級　２級　３級  　　　　　　　　　　　疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | |
| 身体障がい　身体障害者手帳　あり（交付日：S・H・R　　年　月　日）　なし  １級　２級　３級 ４級　５級　６級  　　　　　　　　　　　障がい名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| その他　　診断　　　　あり（　　　　　　　　　 　　　　　　）　なし | | | | | |
| 介護保険 | 対象外　　未申請　　結果待ち　自立  総合事業対象者　要支援１　要支援２  要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５  （認定日　　年　月　日） | | | | | |
| 事業者名： | | | TEL： | | |
| 介護支援専門員： | | | FAX： | | |
| 障がい福祉 | 未申請　　結果待ち  区分１　　区分２　 区分３　 区分４　 区分５　 区分６  （認定日　令和５年７月１日） | | | | | |
| 事業者名： | | | TEL： | | |
| 相談支援専門員： | | | FAX： | | |
| 福祉サービス等の利用状況 | サービス名 | 頻度 | | 内容等 | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
| 施設サービス利用状況 | 施設名： | | | | 入所期間 | 年 |
| 保証人・身元引受人・緊急連絡先 | | 有　　・　　無  ↪有の場合 関係性（　　　　　　） | | | |
| 健康状態 | 医療機関： | | | 主治医： | | |
| 往診　あり（　　　回／月　）なし | | | 通院　あり（　　回／月　）なし | | |
| 既往症歴・現疾患等 | | | | | |
|  | | | | | |
| 判断能力 | 各種検査の状況・類型についての医師の意見等 | | | | | |
| 長谷川式認知症スケール：　　　　　点　（　年　月　実施）  MMSE：　　　　　　　　　　　　点　（　年　月　実施）  知能検査：　　　　　　　　　　　　　　（　年　月　実施）  　　　　：　　　　　　　　　　　　　　（　年　月　実施）  類型（後見・保佐・補助）についての医師の意見： | | | | | |
| 身体状況 |  | | | | | |
| 生活歴等 |  | | | | | |

－１０－

**協議結果・役割分担票**

－１１－

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 権利擁護支援の方針 | １．成年後見制度（法定後見）  ２．成年後見制度（任意後見）  ３．日常生活自立支援事業  ４．見守り  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 上記（1.2.3）開始までの支援策 | |
| 本人にふさわしい成年後見制度の利用 | 申立人 | 本人　親族　市町村長（担当：　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　） |
| 申立支援の中心 | 親族　地域包括支援センター　介護支援専門員  基幹相談支援センター　相談支援専門員  その他（　　　　　　　　　） |
| 本人情報シート | 担　当　第１（　　　　　　　　　　　　　　　　）  （作成者）第２（　　　　　　　　　　　　　　　　）  作成期日　令和　　年　　月　　日 |
| 診断書作成 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※診断書の依頼者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登記されていないことの証明 | 東京法務局　福島地方法務局　　（担当：　　　　　　） |
| 家族等への説明 | 地域包括支援センター　介護支援専門員  基幹相談支援センター　相談支援専門員  その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申立費用 | 本人　　　　親族　※求償権使用（有・無） |
| 後見人等候補者 | ・  ・ |
| 成年後見支援センターへの相談の必要性 | 必要性の検討  申立のサポート  後見人受任者の検討  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 | | |