

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 平成 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：

連絡先電話番号：

連絡先 FAX 番号：

支援者氏名：

(職種)

*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		男・女	生年月日	年 月 日	年齢	才
ご本人氏名						
住所			資力基準確認欄	□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 type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準レベル1以上 <input type="checkbox"/> 認知症、高次脳機能障害、発達障害、知的障害、精神障害等の医師の診断を受けたことがある <input type="checkbox"/> IQが70未満 <input type="checkbox"/> 長谷川式簡易スケール20点未満 <input type="checkbox"/> 認知機能要件チェックリスト (裏面) のいずれか2点以上に該当 (該当番号： ,) <input type="checkbox"/> ④に該当する場合の具体的事情 ()					
	<input type="checkbox"/> ②以下のいずれかの理由により法律相談窓口を案内しても自分では対応できない (複数回答可) <input type="checkbox"/> 近所に親族が住んでいない <input type="checkbox"/> 近所に親族がいても支援を期待できない <input type="checkbox"/> 問題解決のため自分で問い合わせ等の行動を起こすことを期待できない					
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						
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。						

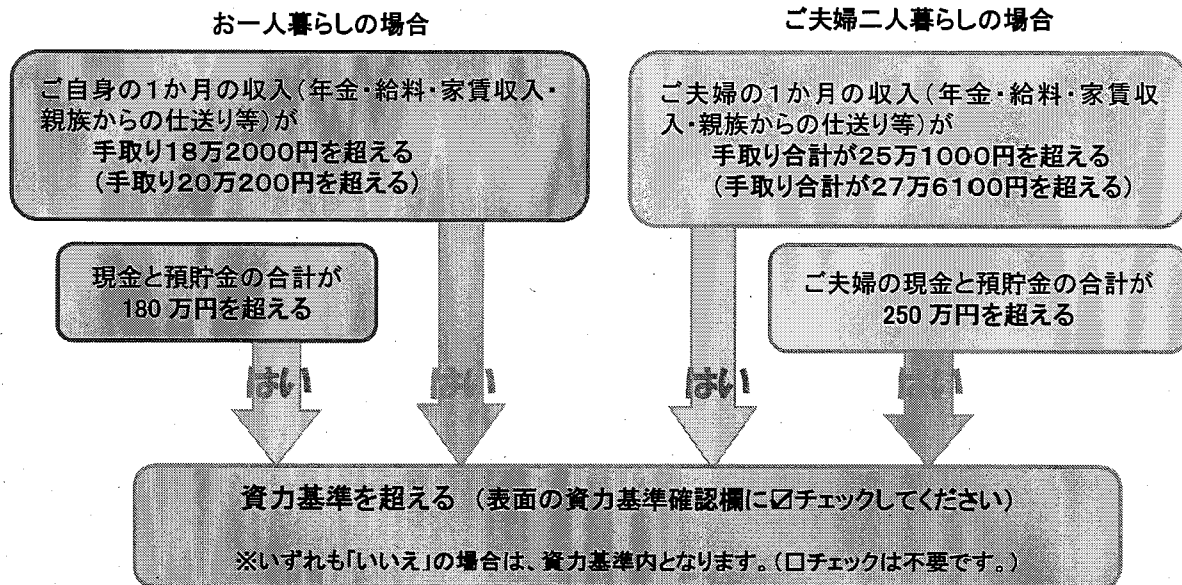
《相談担当弁護士・司法書士の皆様へ》

* 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。		



* 生活保護法に定める保護の基準の一級地に居住している場合は、()内を確認してください。

* 月収、又は現金と預貯金の合計が基準を上回っても、毎月かかる医療費・家賃等の支出を差し引くことができる場合がありますのでお問い合わせください。

* ご家族が3人以上の場合等については、法テラスにお問い合わせください。

法テラス●●(担当:●●) TEL/FAX 0503383-XXXX/XX-XXXX-XXXX

《認知機能要件チェックリスト》

- ① 自分の行動計画を立ててそれを実行することができない
- ② 同時に複数の作業をしたり、複数の事柄について優先順位をつけて対応したりすることができない
- ③ 物忘れが著しい(同じ話を繰り返す、予定を覚えられない、頻繁に会っている人の顔を覚えられない、数分前に聞いた話を思い出せない等)
- ④ 会話のつじつまが合わない、文法の誤りが目立つ、物の名前を忘れる、言葉の指示に従って動くのが苦手
- ⑤ 大工仕事、縫い物、料理、自動車の運転等以前できていた活動ができなくなった
- ⑥ 外出時に道に迷うことが多い
- ⑦ 服装、会話、行動等が社会一般的に許容される範囲から逸脱しているが本人にその自覚がない
- ⑧ 文字の読み書きに支援が必要となるときがある(意味を理解するのに時間がかかる等)
- ⑨ 計算ができない・苦手(繰り上がり・繰り下がり計算ができない、割算掛算がほとんどできない等)
- ⑩ 社会的コミュニケーション(会話等)を行うのに適切な支援を要する
- ⑪ 塞ぎ込んでいて意欲がない(抑うつ傾向)
- ⑫ 幻視・幻聴等の幻覚がある(あった)
- ⑬ 収入と支出を踏まえた適切な財産管理ができず、このままでは経済的に破たんする可能性がある
- ⑭ その他認知機能に障害があるとうかがわせる事情がある(表面連絡票の具体的事情欄にご記入ください)

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 平成●●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 <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●-●-●		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 type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立支援 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症、高次脳機能障害、発達障害、知的障害、精神 <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点 <input checked="" type="checkbox"/> ④に該当する場合の具体的事情 ()					
	<input type="checkbox"/> ②以下のいずれかの理由により法律相談窓口を案内しても自分では対応できない (複数回答可) <input type="checkbox"/> 近所に親族が住んでいない <input checked="" type="checkbox"/> 近所に親族がいても支援を期待できない <input checked="" type="checkbox"/> 問題解決のため自分で問い合わせ等の行動を起こすことを期待できない					
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	分かる範囲でご記入ください					
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)		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。			
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) <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-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。		