

東京地方税理士会
 成年後見支援センター 御中
 FAX: 045-243-0518

税理士会からの回答希望期限
月 日ごろまで

税 理 士 後 見 人 等 紹 介 依 頼 書

年 月 日

依 頼 者 (連絡先)	氏 名	
	住 所	
	電 話	()
	メールアドレス	
	ご本人とのご関係	
依 頼 内 容	法定後見人の依頼 ・ 任意後見契約に関する事 ・ 税金に関する事 ・ その他()	
依 頼 の 目 的	① 財産管理 ② 遺産分割 ③ 不動産処分 ④ 介護保険契約 ⑤ 施設入所 ⑥ その他()	
本 人 の 状 況	氏 名	
	生年月日	T・S・H 年 月 日(歳) 性 別 : 男 ・ 女
	介護認定	無 ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
	認知症	無 ・ 有
		知的障害() A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 精神障害()級
	住 所	
	現在の生活状況	①在宅(独居 ・ 同居) ②施設(名称: 所在地:) ③病院(病院名: 所在地:)
その他の希望等		