

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		