

相談票（相続）

ご来所日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 弁護士への相談を家族には知られたくない			
お名前	ふりがな	生年月日		満年齢	性別
		年 月 日生		歳	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
現住所	〒				
	電話・携帯	()		E-mail	
連絡方法	<input type="checkbox"/> 自宅への郵便物の送付可能		<input type="checkbox"/> 自宅への電話連絡可能		
	<input type="checkbox"/> 携帯電話のみ可能		<input type="checkbox"/> メールのみ可能		<input type="checkbox"/> すべて可能
相談内容	<input type="checkbox"/> 相続人・相続財産調査・相続関係図作成 <input type="checkbox"/> 相続放棄に関する相談 <input type="checkbox"/> 遺産分割協議書に関する相談 <input type="checkbox"/> 遺留分に関する相談 <input type="checkbox"/> 遺産分割協議に関する相談 <input type="checkbox"/> 相続登記に関する相談 <input type="checkbox"/> 相続税の申告・納付に関する相談 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	できるだけ詳しく具体的にご記入下さい。				
被相続人（ご逝去の方）について	ふりがな	生年月日 - 死亡年月日		享年	性別
	氏名	年 月 日生		(歳)	男 <input type="checkbox"/>
		年 月 日死亡			女 <input type="checkbox"/>
	本籍			遺言の 有 <input type="checkbox"/> ・無 <input type="checkbox"/> ・不明 <input type="checkbox"/>	
	最後の住所	保管者 ()			
	生前の職業	主にお世話されていた方 ()			
	認知症などの有無 判断能力あり <input type="checkbox"/> ・認知症あり (軽度 <input type="checkbox"/> ・中程度 <input type="checkbox"/> ・重度 <input type="checkbox"/>) ・不明 <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> 他の事務所又は司法書士に相談したことがある。			<input type="checkbox"/> 当事務所に委任するときの見積りを希望する。		
ご依頼について	<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイスをふまえて自分で解決したい（正式な依頼は考えていない）。				
	<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイス、方針、費用などが折り合えば弁護士へ正式な依頼を考えている。				
	<input type="checkbox"/> 弁護士に依頼したい。				

2ページ目及び3ページ目もご記入ください。

財産等についてご記入ください。

土地 万円

(住所:)

建物 万円

(住所:)

預金 約 万円

内容

()

有価証券(株・投資信託・出資金・ゴルフ会員権など) 約 万円

内容

()

保険 約 万円

内容

()

負債(ローン) 約 万円

内容

()

その他

()

人物関係図

おわかりになる範囲でご記入ください。

年 月 日

