

受任調整会議資料一式

(本人情報)

1. 受任調整会議用 個人台帳
2. 事情説明書 (市町村長申立用)
3. 親族関係図

(法人情報)

4. 受任調整会議用 候補者台帳 (社会福祉法人〇〇)
5. 受任調整会議用 サービス提供法人台帳 (社会福祉法人△△)
6. 地図

○確認事項○

- ① 法人後見相当と判断するための情報の過不足
- ② 利益相反の確認ポイント

○その他○

受任調整会議用 個人台帳（記載例）

1 本人の基本情報

ふりがな	○○○○ ○○○	生年月日	○年○月○日
利用者氏名	○○ ○○	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	○○歳
住 所	○○市○○町**-*	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅で独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設等入所中	
電話番号	TEL ***-***-****		
障がい区分	知的障がい（療育手帳 B1）		
収 入	障害年金 月額 ○○○,○○○円		
類 型	保佐（代理行為目録添付）		

2 申立て理由

○○市で生まれ育つ。単身、独居。父の工場を手伝いながら、母の介護（認知症）を行っていたが、平成○年に母が死去。その後、工場を閉鎖し、父の年金と本人の障害年金で生活をしてきたが、平成○年に父が死去。金銭管理ができず、年金をもらおうとすぐにパチンコでお金を使い果たしてしまう。パチンコ以外では外出せず、食事もとらずに家の中で引きこもっている。本人は自宅での生活を希望しているが、頼れる親族もいないため、成年後見制度による支援が必要。

3 支援の経過

姉が隣県にいますが、母の死後疎遠になっていた。また、自身の子育て・介護もあり支援が難しい。本人と今後の生活の場について話し合った結果、自宅での生活を希望されており、先月から相談支援専門員、ヘルパーの訪問、配食サービスを受けている。

4 金銭管理の状況

※出金、支払い、福祉サービス等の利用手続き、家計管理、金銭の使途等の現状、支援者や支援方法、頻度等日常生活自立支援事業を利用し、月一回程度訪問、必要な現金を渡している。

5 今後必要な支援内容

- ・今後必要な法律行為（入院、施設入居等）についての代理権・取消権の行使
- ・福祉サービスの利用支援
- ・日用品代の支払い等生活費の支給

6 生活歴・支援者等

生活歴	<生活歴>…どのように育てられたか、学歴、結婚歴、子どもの有無、過去の職歴、現在の生活に至る経過 〇〇市出身。〇人兄弟の次女。〇〇学校卒業後、父の工場を手伝っていた。婚姻歴は無し。姉がいるが、母の死後疎遠になっている。			
家族・親族	続柄	氏名	連絡先	本人への支援状況
	姉	〇〇 〇子	〇〇県〇〇市〇〇区	疎遠
支援者	本人との関係（職種等）		本人への関わり、支援状況等	
	〇〇氏		担当相談支援専門員	
	〇〇病院 〇〇Dr		担当主治医	

7 生活の場、利用しているサービス

現在の生活の場	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅		開始時期（〇年〇月～現在まで）		
	<input type="checkbox"/> 施設、		入所時期（ 年 月～現在まで）		
	入所先	種別			
	名称				
	<input type="checkbox"/> 長期入院中		入院時期（ 年 月 日～現在まで）		
	入院先	原因疾患			
	名称				

福祉サービス・保健医療サービスの利用状況	サービスの種類	利用頻度	利用法人名（施設・事業所）
年 月現在	<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルプサービス	週 2回	社会福祉法人〇〇（〇〇事業所）
	<input type="checkbox"/> デイサービス	週 回	
	<input type="checkbox"/> デイケア	週 回	
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	月 回	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護サービス	週 回	株式会社〇〇（〇〇配食サービス）
	<input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス	週 3回	
	<input type="checkbox"/> ガイドヘルプサービス	週 回	
	<input type="checkbox"/> 通所施設	週 回	
	<input type="checkbox"/> 作業所等	週 回	
	<input type="checkbox"/> その他	週 回	
	()		

8 生活状況

コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 会話による意思疎通 (<input checked="" type="checkbox"/> 可 ・ 部分的に可能 ・ 困難) <input type="checkbox"/> 意思疎通の方法 (手話 ・ 筆談 ・ 触手話 ・ 身ぶり ・ その他) <input type="checkbox"/> 連絡手段 ()
身辺介助	※排泄、入浴、整容、着替えの介助、服薬管理等の状況や特に困っていることについて 整容に無頓着で、放っておくと何日も風呂に入らないことがある。
食生活	※朝昼夕の食事状況、調理、食事の用意、買い物等の状況や特に困っていることについて ヘルパーが準備、または配食サービスを利用
室内の様子 住宅状況	※立地条件、整理整頓、火の管理、掃除、洗濯等の状況や室内の状況、特に困っていることについて ヘルパーの支援により整頓されている。
移動	※室内の移動、外出の方法、頻度、移動手段や公共交通機関の利用の可否等 自立しているが、外出したがる。
日常生活 状況	※昼間の過ごし方、夜間の過ごし方、趣味、近所、友人との付き合い等 部屋でテレビを見ながら、布団に入って寝ている事が多い。 今なところ、相談支援専門員とのトラブルはない。
その他	

9 健康状況

判断能力低下の原因となる疾患について	判断能力低下の原因となる疾患名		初診日	医療機関	
	入院治療歴	病名	入院期間	医療機関	
	通院治療	<input checked="" type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 通院 (方法：)			
		病名	頻度	通院中の医療機関	
		月 回			
		週 ・ 月 回			
※投薬内容その他特筆すべき事項					
その他の 主な疾患	※疾病の状況、治療状況 (治療が必要な疾患についての入院や通院状況)				

10 経済状況

収入の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 年金 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>国民(基礎)</td> <td>・</td> <td>厚生</td> <td>・</td> <td>共済</td> <td>・</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>老齢</td> <td>・</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 障がい</td> <td>・</td> <td>遺族</td> <td>・</td> <td>その他</td> </tr> </table>	国民(基礎)	・	厚生	・	共済	・	その他	老齢	・	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい	・	遺族	・	その他	月額	〇〇〇,〇〇〇円
	国民(基礎)	・	厚生	・	共済	・	その他										
	老齢	・	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい	・	遺族	・	その他										
	<input type="checkbox"/> 生活保護費	月額	円														
	<input type="checkbox"/> 各種手当・給付金 名称 ()	月額	円														
<input type="checkbox"/> その他収入 ()	月額	円															
収入合計		月額	〇〇〇,〇〇〇円														
財産等の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金 (90) 万円 <input type="checkbox"/> その他 ()																
	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 (<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 ・ 集合住宅) <input type="checkbox"/> 借家 (公営集合住宅 ・ 民間集合住宅 ・ 一戸建)																
主な支出の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 食費、日用品等	月額	〇〇, 〇〇〇円														
	<input checked="" type="checkbox"/> 家賃	月額	〇〇,〇〇〇円														
	<input checked="" type="checkbox"/> 公共料金	月額	〇〇, 〇〇〇円														
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療費	月額	〇,〇〇〇円														
	<input checked="" type="checkbox"/> おむつ代	月額	〇,〇〇〇円														
	<input checked="" type="checkbox"/> 雑費	月額	〇,〇〇〇円														
	<input type="checkbox"/> その他	月額	〇,〇〇〇円														
	支出合計		月額	〇〇〇,〇〇〇円													
債務の状況(なければ無記載)	※金融業者からの借金、クレジット、ローン契約による債務、滞納額について																
	借入先	残高	返済期間	返済額													
		円															
		円															
	<input type="checkbox"/> その他の借金																
	滞納料金の項目	返済が必要な額	特記事項														
	<input type="checkbox"/> 家賃	円															
	<input type="checkbox"/> 公共料金	円															
	<input type="checkbox"/> 健康保険・介護保険料	円															
	<input type="checkbox"/> その他の滞納																

代理行為目録

※ 下記の行為のうち、必要な代理行為に限り、該当する部分の□にチェック又は必要な事項を記載してください（包括的な代理権の付与は認められません。）。

※ 内容は、本人の同意を踏まえた上で、最終的に家庭裁判所が判断します。

1 財産管理関係

(1) 不動産関係

- ① 本人の不動産に関する〔 売却 担保権設定 賃貸 警備 _____〕
契約の締結、更新、変更及び解除
- ② 他人の不動産に関する〔 購入 借地 借家〕契約の締結、更新、変更及び解除
- ③ 住居等の〔 新築 増改築 修繕（樹木の伐採等を含む。） 解体
 _____〕に関する請負契約の締結、変更及び解除
- ④ 本人又は他人の不動産内に存する本人の動産の処分
- ⑤ _____

(2) 預貯金等金融関係

- ① 預貯金及び出資金に関する金融機関等との一切の取引（解約（脱退）及び新規口座の開設を含む。）
※ 一部の口座に限定した代理権の付与を求める場合には、③に記載してください。
- ② 預貯金及び出資金以外の本人と金融機関との取引
〔 貸金庫取引 証券取引 保護預かり取引 為替取引 信託取引
 _____〕
- ③ _____

(3) 保険に関する事項

- ① 保険契約の締結、変更及び解除
- ② 保険金及び賠償金の請求及び受領

(4) その他

- ① 以下の収入の受領及びこれに関する諸手続
〔 家賃、地代 年金・障害手当・生活保護その他の社会保障給付
 臨時給付金その他の公的給付 配当金 _____〕
- ② 以下の支出及びこれに関する諸手続
〔 家賃、地代 公共料金 保険料 ローンの返済金 管理費等
 公租公課 _____〕
- ③ 情報通信（携帯電話、インターネット等）に関する契約の締結、変更、解除及び費用の支払
- ④ 本人の負担している債務に関する弁済合意及び債務の弁済（そのための調査を含む。）
- ⑤ 本人が現に有する債権の回収（そのための調査・交渉を含む。）
- ⑥ _____

2 相続関係

※ 審判手続、調停手続及び訴訟手続が必要な方は、4⑤又は⑥についても検討してください。

- ① 相続の承認又は放棄
- ② 贈与又は遺贈の受諾
- ③ 遺産分割又は単独相続に関する諸手続
- ④ 遺留分減殺請求又は遺留分侵害額請求に関する諸手続
- ⑤ _____

3 身上保護関係

- ① 介護契約その他の福祉サービス契約の締結、変更、解除及び費用の支払並びに還付金等の受領
- ② 介護保険、要介護認定、障害支援区分認定、健康保険等の各申請（各種給付金及び還付金の申請を含む。）及びこれらの認定に関する不服申立て
- ③ 福祉関係施設への入所に関する契約（有料老人ホームの入居契約等を含む。）の締結、変更、解除及び費用の支払並びに還付金等の受領
- ④ 医療契約及び病院への入院に関する契約の締結、変更、解除及び費用の支払並びに還付金等の受領
- ⑤ _____

4 その他

- ① 税金の申告、納付、更正、還付及びこれらに関する諸手続
- ② 登記・登録の申請
- ③ 個人番号（マイナンバー）に関する諸手続
- ④ 住民票の異動に関する手続
- ⑤ 家事審判手続、家事調停手続（家事事件手続法24条2項の特別委任事項を含む。）、訴訟手続（民事訴訟法55条2項の特別委任事項を含む。）、民事調停手続（非訟事件手続法23条2項の特別委任事項を含む。）及び破産手続（免責手続を含む。）
※ 保佐人又は補助人が上記各手続について手続代理人又は訴訟代理人となる資格を有する者であるときに限ります。
- ⑥ ⑤の各手続について、手続代理人又は訴訟代理人となる資格を有する者に委任をすること
- ⑦ _____

5 関連手続

- ① 以上の各事務の処理に必要な費用の支払
- ② 以上の各事務に関連する一切の事項（戸籍謄抄本・住民票の交付請求、公的な届出、手続等を含む。）

大阪家庭裁判所 堺支部 御中
岸和田支部

事 情 説 明 書 (市町村長申立用)

作成年月日	年 月 日
本人氏名	
作成者氏名	④
作成者所属部署	

1 支援開始の経緯について

初回相談年月日	年 月 日
相談者	本人との関係 ()
相談内容	

2 市町村長申立ての判断基準について

本人の福祉を図るため特に必要と認めたことから市町村長申立てを行う

根拠法令 老人福祉法 32条 知的障害者福祉法 28条

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 51条の11の2

<input type="checkbox"/> (1) 配偶者や2親等以内の親族がいない	<input type="checkbox"/> (2) 親族がいても申立てを拒否, 又は回答なし
<input type="checkbox"/> (3) 親族がいても本人に対する虐待がある	<input type="checkbox"/> (4) 親族が戸籍上確認できるが連絡がつかない

3 本人の居所について

【現在の状況】

自宅 ⇒同居者の有無 なし(独居) あり 続柄・関係 ()
 ⇒自宅の名義等 本人所有(共有を含む) 親族等所有
本人賃貸 親族等賃貸 その他 ()

※病院 ⇒病棟種別 一般病院 療養型病院 精神科病院

※施設 ⇒施設種別 特別養護老人ホーム 養護老人ホーム 介護老人保健施設
有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅
グループホーム 障害者支援施設
その他 ()

※病院・施設等の場合, () 年 月頃 入院・入所)

【収支の状況】

収入約 () 万円 (年金 賃料収入 生活保護 親族から援助
 その他 ())
 支出約 () 万円 ⇒ 収支月額約 () 万円 (プラス マイナス)

【金銭管理の状況】

本人自身が行っている
 日常生活自立支援事業を利用している
 第三者が行っている
 ⇒ その者の氏名・機関名 () 続柄・関係 ()
 不明

7 現時点における後見人等報酬助成について

(※報酬助成の可否は、助成申請を行った時点の状況で判断されることとなりますので、本欄には、現時点で報酬助成申請を行った場合の助成の有無を記載してください。)

報酬助成できる
 報酬助成できない
 理由 (※報酬助成に関する要綱等に規定する助成要件の、どの要件を満たしていないかを明記する)
 ()
 不明
 理由 ()

8 本人の介護や生活にかかわっている親族や、相談している支援者・機関の有無について

なし あり

親族・支援者名	続柄・支援機関名等	連絡先

9 在宅サービスの利用状況について

利用なし (必要なし 利用を検討中 本人が拒否
 その他 ())

利用あり

サービスの種類	利用頻度	サービス提供機関

10 成年後見人就任後に予定されている事務について

		至急	予定あり	摘要（現状，時期，内容，金額等）
財産管理	財産調査等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 高額預金等 <input type="checkbox"/>
	不動産処分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 居住用 <input type="checkbox"/>
	株式等処分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	保険金等請求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入院給付金 <input type="checkbox"/>
	遺産分割	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	相続放棄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	訴訟・示談	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	債務整理等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	件, 円
	賃貸借契約	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	立替金精算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
身上監護	施設等入所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入所予定施設名（又は種別） （ ） その所在地 （ 市・区・町・村） 現状 <input type="checkbox"/> 入所決定 入所予定時期（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 申込済み <input type="checkbox"/> 申込検討中
	入院・転院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	予定医療機関名 （ ） その所在地 （ 市・区・町・村） 入院・転院予定時期 （ 年 月頃）
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11 親族の同意の状況について

(※親族の申立意向確認結果一覧及び親族意向確認書のコピーを添付してください。)

後見等開始について反対している親族の有無

- あり ⇒ 反対者氏名 () 続柄 ()
反対理由 ()
- なし

12 市民後見人の受任について (※保佐・補助の申立ての場合、以下は記載不要です。)

(1) 市民後見人受任の必須要件

- 急迫した虐待や権利侵害、親族間の係争がない
- 現在の居所 (近い将来転居が決まっている場合はその予定地) が大阪府内市民後見人支援活動事業実施市町村である
- 本人に自虐や他害の行為がない
- 預貯金が1,200万円未満である
- 何らかの形でコミュニケーションを図ることができる

(2) 市民後見人受任上の問題 (※(1)に全てチェックが入った場合のみ検討してください)

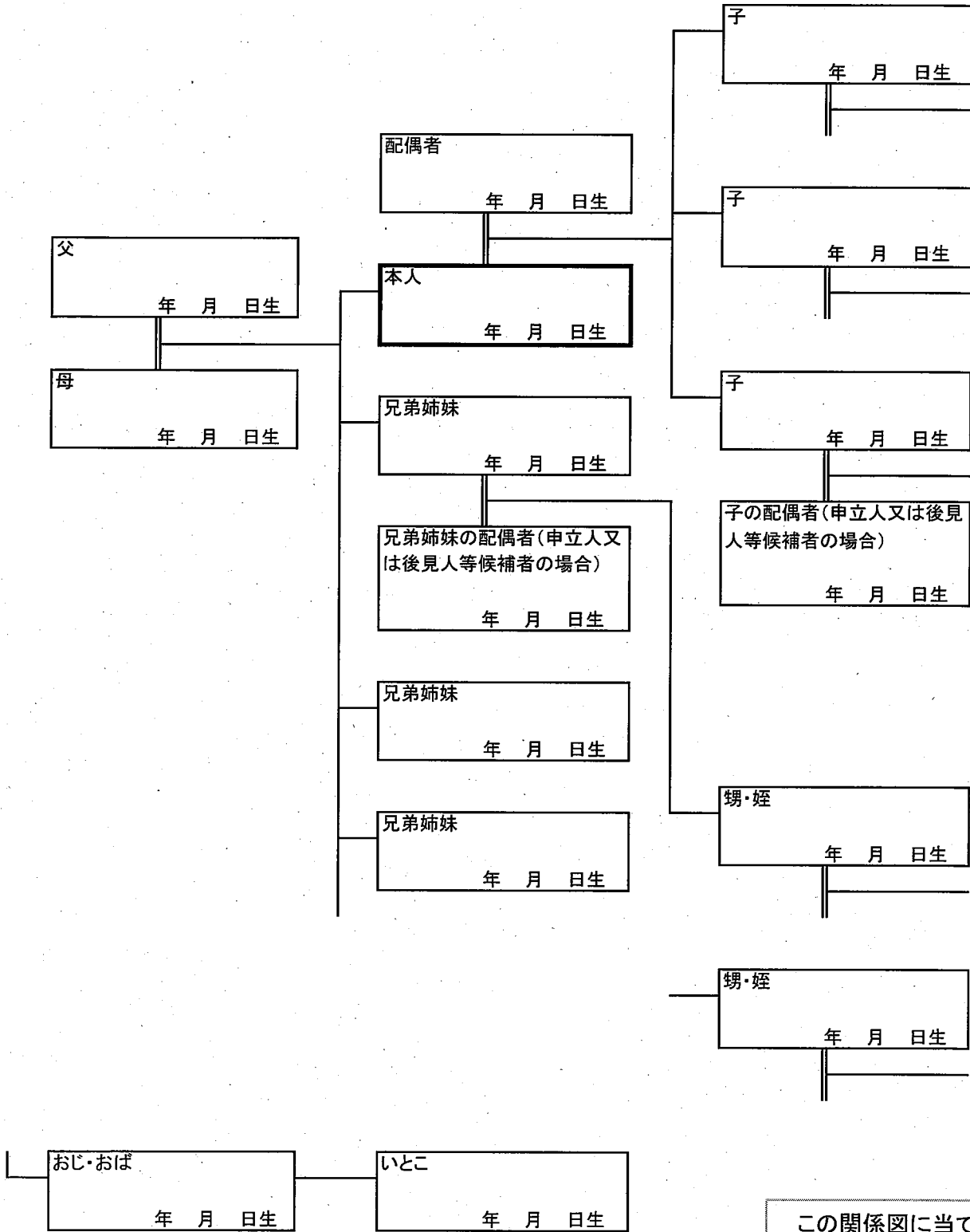
- 不動産の処分、相続、遺産分割や債務整理などの対応を要する
- ⇒ 弁護士等に当該事務を委任して対応することが可能である (費用が支弁できる)
- 支援者等の協力が得られ、対応することが可能である
- 市民後見人単独で対応することが可能である
- 後見事務費 (交通費・通信費・事務費) を月々の収支から支弁できない (月約3,000円)
- ⇒ 月々の収支はマイナスだが、預貯金から支弁可能である

(3) 市民後見人受任可能性についての意見

- 市民後見人の受任について検討可能であると思われる
- 市民後見人の受任は困難であると思われる
- 理由 ⇒ (1) の選択肢にチェックが入らないものがあつた
- その他 ()

親 族 関 係 図

- ※ 申立人及び成年後見人等候補者を必ず記載してください。
- ※ 本人の推定相続人その他の親族については、わかる範囲で記載してください。
 (推定相続人とは、仮に本人が亡くなられた場合に相続人となる方々です。
 具体的には、「親族の意見書について」の2をご参照ください。)



この関係図に当てはまらない身分関係があり、記載が難しい場合は、この書式を参考にして、別紙 (A4サイズ) に記載してください。

受任調整会議用 候補者台帳

(令和〇年〇月〇日現在)

1. 法人基本情報

法人の名称	社会福祉法人〇〇
主たる事務所の住所	〇〇市〇〇町〇—〇
法人後見可能エリア	特別養護老人ホーム〇〇から自動車又は自転車 15 分圏内
法人後見受任状況	〇 件 / 〇 件 (申請書記載)
(内 個別事業所)	特別養護老人ホーム〇〇 〇件 デイサービスセンター〇〇 〇件

2. 評議員の氏名

〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	

3. 理事の氏名

〇〇 〇〇 (理事長)	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	

4. 実施事業 (定款「目的」記載事項)

<p>(1) 第一種社会福祉事業</p> <p>(イ) 特別養護老人ホームの経営</p> <p>(ロ) 軽費老人ホーム (ケアハウス) の経営</p> <p>(2) 第二種社会福祉事業</p> <p>(イ) 幼保連携型認定こども園の経営</p> <p>(ロ) 老人短期入所事業の経営</p> <p>(ハ) 老人デイサービスセンターの経営</p> <p>(ニ) 老人居宅介護等事業の経営</p> <p>(ホ) 老人介護支援センターの経営</p> <p>(ヘ) 障害児通所支援事業の経営</p>

5. 事業等の概要

(1) 社会福祉事業の実施状況

※専門職員の所属する事業所には、氏名及び兼務する業務を記載

番号	事業所の名称	実施事業
	事業所の所在地	
1 (本部)	法人本部	本部経理区分
	〇〇市〇〇町〇ー〇	
	(専門職員) 〇〇太郎 (R3 第I期修了、事務長)	
2	訪問介護ステーション〇〇	老人居宅介護等事業 (訪問介護)
	〇〇市〇〇町〇ー×	
	(専門職員) 〇〇次郎 (R3 第I期修了、ケアマネ)	
3	特別養護老人ホーム〇〇	特別養護老人ホーム (介護福祉サービス)
	〇〇市〇〇町〇ー〇	
4	デイサービスセンター〇〇	老人デイサービスセンター (通所介護)
	〇〇市〇〇町〇ー△	
5		

その他、△△市、××市で社会福祉事業を実施

(2) 公益事業の実施状況

〇〇市 地域健康増進事業

(3) 収益事業の実施状況

〇〇市 駐車場経営

受任調整会議用 サービス提供法人台帳

(令和〇年〇月〇日現在)

1. 法人基本情報

法人の名称	社会福祉法人△△
主たる事務所の住所	〇〇市〇〇町〇—〇
本人利用サービス 事業所名称・所在地	老人居宅介護等事業（訪問介護） 訪問介護ステーション △△ 〇〇市〇〇町〇—〇

2. 評議員の氏名

〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	

3. 理事の氏名

〇〇 〇〇 (理事長)	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	〇〇 〇〇
〇〇 〇〇	

受任調整会議用 地図

(令和〇年〇月〇日現在)

記号	属性	名称	住所
×	本人	〇〇 〇子	〇〇市〇〇町〇—〇
●	候補者	社会福祉法人〇〇	〇〇市〇〇町〇—〇
	専門職員 配置施設	法人本部	〇〇市〇〇町〇—〇 (徒歩 5 分)
	専門職員 配置施設	訪問介護ステーション〇〇	〇〇市〇〇町〇—〇 (自動車 10 分)
▲	サービス提供法人	社会福祉法人△△	〇〇市〇〇町〇—〇
	事業所	訪問介護ステーション△△	〇〇市〇〇町〇—〇

