

砥部町長 様

【要請者】

所属（または班） _____

氏名 _____

電話 _____

砥部町成年後見制度利用支援事業町長申立て要請書

次の者は、判断能力が十分でなく、親族がいない（不明）又は親族による適切な支援が期待できない状態であり、成年後見制度の利用が必要と判断されますので、砥部町成年後見制度利用支援事業実施要綱第4条の規定により、に基づき町長による申立てを要請します。

ふりがな 対象者氏名		生年月日	
対象者住所			

※添付書類：町長申立て要請者からの情報提供書（別紙1）

氏 名		性別		生年月日	
住 所					
診 断 名					
病 歴	<p>【発症時期】 _____ 年 _____ 月頃 【病名】 _____</p> <p>【通院・入院・施設入所等に至る経過】</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>【現在の病院・施設への入院・入所時期】</p> <p>_____ 年 _____ 月から入院・入所</p> <p>【主治医】 _____ 医師（ _____ 科）</p> <p>【現在の状況】</p> <p>病 状) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p> <p>判断能力) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p> <p>生活能力) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div></p>				
<p>本人の能力</p> <p><凡例></p> <p>○:あてはまる</p> <p>×:あてはまらない</p> <p>△:その時々で違う</p>	<p>【日常動作について】</p> <p>() 介助なしで移動ができる () 呼びかけたら視線を向ける</p> <p>() 介助なしで食事ができる () 意味のある言葉を発する</p> <p>() 介助なしで排泄ができる () 自分の意思表示ができる</p> <p>【見当識等について】</p> <p>() 名前がわかる () 生年月日がわかる</p> <p>() 今日の日付がわかる () 家族と他人とを識別できる</p> <p>() 昔のことを覚えている () 直近の食事内容を覚えている</p> <p>() 簡単な質問に答えたり、質問することができる</p> <p>【日常生活について】</p> <p>() 一人で買い物（お釣りの計算）ができる</p> <p>() 不必要な訪問販売を断れる</p> <p>() 生活費や小遣いのやりくりができる</p> <p>() 自分の財産の内容を把握している</p> <p>() 役所や銀行等で各種手続きを行える</p> <p>【その他特記事項】</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px;"></div>				

