

この欄の署名は、弁護士・司法書士の事務所で相談する場合のみ、相談実施後に記入してください。法律相談実施前に記入することは**禁止**されております。

○ 相談実施日時 ※(法律相談担当者の方へ)相談実施日から1カ月以内に必ず提出してください。

年 月 日 / 時 分 ~ 時 分	左記の日時に法律相談を受けました。
申込者 (自署) :	

<個人情報の利用目的について> ご提供いただいた個人情報は、申込者ご本人の同意を得ている場合や法令に基づく場合等を除き、法テラス業務の目的の範囲内で利用します。個人情報は、業務の処理上、法テラスが選定した協力会社(立替金の返済のための金融機関、収納代行会社、督促手続等を行う機密保持契約を結んだ会社等)に預託する場合があります。また、事件を担当する予定の弁護士、司法書士及び法テラスの指定する相談場所等に提供し、共有します。なお、ご提出いただいた援助申込書は返却できません。

過去に法テラスまたは(財)法律扶助協会の相談や援助を受けたことがありますか。 有

●援助申込

申込日	年 月 日	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
申込者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 代理相談		年齢
	氏名(自署)	代理人(兼所者)の氏名(自署)		
現住所	〒 _____		都道府県 市区町村	
	TEL (自宅)	(携帯)		
職業	<input type="checkbox"/> 給与生活者 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林・漁業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()			

●希望連絡先 (※現住所への郵送・電話連絡が差し支える場合のみ記入)

連絡先	<input type="checkbox"/> 弁護士・司法書士 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ()	連絡希望理由	<input type="checkbox"/> 紛争の相手方と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()
〒 _____ 都道府県 市区町村 様方			
TEL [_____]			

●同居の家族人数

家族人数	<input type="checkbox"/> 単身者 <input type="checkbox"/> 2人家族 <input type="checkbox"/> 3人家族 <input type="checkbox"/> () 人家族
------	--

※「家族人数」に含めるのは、①~③の人数のみ
 ①申込者本人 ②同居している配偶者(内縁含む)
 ③申込者または配偶者(内縁含む)が扶養している同居家族

●申込者と配偶者の収入 ※「平均月収」欄には、手取り年収(給与、賞与、年金や各種公的給付等の合計額)の1/12を記入ください。配偶者が紛争の相手方の場合には配偶者欄の記載は不要です。

収入			
氏名	収入の類型(該当するもの全て)	平均月収	同居・別居
申込者	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 給与(賞与有) <input type="checkbox"/> 自営収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 失業手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> その他公的給付等 ()	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
配偶者(内縁含む)	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 給与(賞与有) <input type="checkbox"/> 自営収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 失業手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> その他公的給付等 ()	円	

●申込者と配偶者(内縁含む)の支出 ※ 該当するものは、全て月額で記入してください。

家賃又は住宅ローン	医療費	教育費	やむを得ない支出
円	円	円	に関する費用 円

●申込者と配偶者(内縁含む)の現金・預貯金額合計

<input type="checkbox"/> 0円~180万円 <input type="checkbox"/> 180万0001円~250万円 <input type="checkbox"/> 250万0001円~270万円 <input type="checkbox"/> 270万0001円~300万円 <input type="checkbox"/> 300万0001円~

●紛争の相手方 (多重債務に関するご相談の場合は記載不要です。)

紛争の相手方	フリガナ	(市区町村まで記入) <input type="checkbox"/> 不明である	
	氏名・社名等	住所	
	事件内容	代理人氏名等	<input type="checkbox"/> 弁護士・司法書士 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 代理人なし・不明

申込者氏名

法律相談票

【機3】

申込者より法律相談費を受領していませんので、法律相談費を請求します（請求しない場合：）

相談場所 法テラスの事務所 指定相談場所（ ）
 相談登録弁護士・司法書士の事務所 その他（ ）

相談実施の経緯 1. 福祉機関からの紹介 2. 福祉機関職員による相談予約
福祉機関の種別 A. 高齢者・障がい者関係機関（自治体担当部署・地域包括支援センター等）
 B. 生活保護関係機関（自治体担当部署・福祉事務所等）
 C. その他（ ） ※社会福祉協議会等
該当する場合にのみご記入ください

事件名 相手方氏名

訴 額 紛争の目的の価額 ※司法書士による相談・受任の場合、簡裁の事物管轄範囲内であることをご確認のうえ、左記をご記入ください

本件の相談日時 年 月 日 時 分 ～ 時 分 調書作成時間（左記相談時間除く） 分

本件の送金先 法人口座 法人名（ ） 相談担当 弁護士・司法書士 登録番号
 契約弁護士・契約司法書士の法人口座
 法テラスの常勤弁護士

措置区分 相談のみで終了 相談継続 審査回付（受任・受託する） 審査回付（受任・受託しない）
 弁護士会・司法書士会紹介 相談打切（今回限り） 他機関紹介（紹介機関： ）
 法律相談担当者私選受任（援助要件該当案件の私選受任勧誘については地方事務所長の承認が必要です）
 その他（ ）

受任する場合の手続方針 示談交渉 調停 調停（相手方） 審判 本訴 本訴被告（ 反訴有）
 控訴 被控訴（ 反訴有） 仮差押/仮処分 その他（ ）

適当な援助の種類 代理援助 書類作成援助 生活保護受給中による償還猶予希望 有

相談概要

※審査回付の場合、事件調書の提出にご協力ください 審査回付につき、相談概要は、別紙、事件調書のとおり

指示及び指導要旨

【簡易援助】 相談時間内に本人名義の簡易な法的文書の作成を行った場合は、以下に作成文書の種類・通数を記入し、被援助者に確認の署名を求めてください。なお、内容又は趣旨が同一で、宛先が異なるのみと判断できる文書を複数作成した場合でも、1通の扱いとなります（上限2通まで、作成文書の写しの添付が必要です。）。

作成文書の種類及び数 時効援用通知書 契約解除通知書 その他（ ） 通

被援助者による受領確認 上記文書を受領しました。 年 月 日 氏名

被援助者負担の有無 有（2,160円（1通/税込）を本人から受領） 無（生活保護受給を証する書面の提出要）