

援助申込書

【機3】

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います。

○ 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。

左記の日時に法律相談を受けました。

年	月	日	時	分	～	時	分
申込者・代理相談者： (自署)							

<個人情報利用目的について> 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き場合等を除き、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が、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等へ提供し、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  無

●援助申込

申込日	年	月	日	生年月日	年	月	日
申込者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代理相談			
	氏名(自署)			代理人(依頼者)の氏名(自署)	年齢	歳	性別 男・女
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( )						
現住所	〒		都道府県	市区町村			
	TEL	(自宅)			(携帯)		

●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 ( )

●家族人数(家族構成に該当する人数の合計を記入)

<input type="checkbox"/> 単身者	<input type="checkbox"/> 配偶者有(内縁含む) ⇒	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
申込者または配偶者(内縁含む)が扶養している同居家族人数		<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ( )人	
※申込者・配偶者は人数に含まれません			

●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入は不要です。

収入		
氏名	収入の類型(該当するもの全て)	平均月収
申込者	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 給与( <input type="checkbox"/> 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"/> 傷病手当 <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
配偶者(内縁含む)	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 給与( <input type="checkbox"/> 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"/> 傷病手当 <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(配偶者が相手方の場合は申込者のみ)

<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～	

●今回の相談内容(多重債務や相手方がいない相談の場合は「相談の内容」のみ記入してください。)

相談の内容	相談の相手方	住所	(市区町村まで記入) <input type="checkbox"/> 不明である
	フリガナ	住所	
	氏名・社名		
		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