

相談票(債務整理)

記入日: 令和 年 月 日

相談日: 令和 年 月 日

※お分かりになる範囲でご記入下さい。

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご職業		
お名前			年齢	歳	生年月日	年 月 日
					E-mail	
ご住所	現住所	〒			電話	自宅 ()
						携帯 ()
						連絡先 ()
	連絡先	〒			当事務所・弁護士名での電話・郵送	
		<input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 差し支える				
契約時のご住所	〒					
契約時のお名前 (旧姓など)						
家族						
氏名	(続柄)	年齢	同居	職業	月収	(年収)
	()	歳	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		円()	円)
	()	歳	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		円()	円)
	()	歳	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		円()	円)
	()	歳	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		円()	円)
※債務整理の御相談の場合はさらに以下の事項もご記入ください。						
収入	月額(手取り)	円	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
資産	土地	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	建物	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家賃を除く毎月の生活費	円
	預金	円	家賃	円	毎月の返済額	円
	クレジットで購入した物品を所持しているか			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		自動車所有
他	生命保険の加入		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
債務の概要						
合計金額		(約	円)	<下記に内訳をご記入ください>		
サラ金からの借金		件	約			円
クレジット会社・銀行に対する債務		件	約			円
商工ローンなど事業上の債務		件	約			円
短期・超高金利業者に対する債務		件	約			円
勤務先・知人等に対する債務		件	約			円
現在困っていること・特に希望すること						