

※お分かりになる範囲でご記入下さい。

フリガナ		性別		生年月日		年齢	
お名前				年 月 日		歳	
ご住所	〒 -		都 道 府 県	市 町 区 村			
電話(自宅電話)	( )	電話(携帯電話)	( )	FAX	( )		
メールアドレス				メール連絡	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
当事務所からの連絡	【自宅電話】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【携帯電話】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【FAX】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	【郵送】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			

◆財産を残す方・お亡くなりになった方(被相続人)

フリガナ		ご相談者との続柄	
お名前		死亡日	年 月 日 死因・死亡場所
最後の住所			
本籍			

◆相手方(ご相談者以外の相続人、対立している関係者)について

フリガナ		ご相談者との続柄	フリガナ		ご相談者との続柄
お名前			お名前		
相続人の数	合計	名			

◆お亡くなりになった方(被相続人)の遺産について

不動産	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	土地	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	(資産価値: 万円)
		建物	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	(資産価値: 万円)
		マンション	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	(資産価値: 万円)
	住宅ローン	<input type="checkbox"/> 有 (残額: 万円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
預貯金	口座数: 総残高:	円	現金	円
有価証券等(株など)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	負債	<input type="checkbox"/> 有(負債総額: 円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
生命保険	<input type="checkbox"/> 有(保険金額: 円) (受取人: ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

◆特別な事情について

被相続人の扶養家族	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明	被相続人から高額な贈与を受けた方	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
※その他、ご事情がある場合ご記入下さい。			
遺言書の有無について	<input type="checkbox"/> 有(公正証書) <input type="checkbox"/> 有(自筆証書) <input type="checkbox"/> 無		
遺言書がある場合、作成時期、その内容			

◆遺産の分割について

分割方法の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※ご希望される分割方法について具体的にご記入ください
---------	---	----------------------------

◆その他ご相談内容(ご自由にお書きください)

--