

【受任者調整シート】案

会議日時		年 月 日 ()	
参加者	委員	<input type="checkbox"/> 弁護士会 <input type="checkbox"/> 司法書士会 <input type="checkbox"/> 社会福祉士会 <input type="checkbox"/> 障害者成年後見支援センター	
	その他	<input type="checkbox"/> 市社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 事務局（中核機関） <input type="checkbox"/> 市関係課・関係機関 ()	
本人氏名		A氏	
申立人		市長	
類型		<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	
申立てに伴う本人の同意		備考：	
申立ての理由・経緯		別紙参照でも可。（作成している申立て理由書など）	
専門職等の関わり <small>(ケアマネ・相談支援専門員・ソーシャルワーカー・民生委員・行政機関等)</small>		会議開催時点で関わっている関係機関（支援チーム）を記載	
本人の課題 （必要とされる支援・想定される後見事務等） <small>特に後見人等の支援が必要な優先されるべき課題については※印をつけること</small>		【身上保護・財産管理・ケース支援上の課題（虐待、家族関係等）】	
報酬助成活用の可能性 (申立て時点)		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明（要資産調査）	
適任職種等	想定される職種	<input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 法人後見 (例：社会福祉協議会)	
		理由：	
後見人等選任後の本人支援における留意事項		本人支援における留意事項があれば記載。（今後懸念されること。支援チームの在り方。後見人支援の必要性。各関係機関に期待される役割など） 権利擁護支援定例会議での協議を経て、必要に応じて記載する。 特筆すべきことがなければ空欄でも可。	

※網掛け部分が協議事項です。