

法律相談票(相続)

令和 年 月 日

◆相談者

氏名	ふりがな	大・昭・平・令	年	月	日生(歳)
住所	〒	電話	-	-		
		FAX	-	-		
		携帯	-	-		
		Email				

◆被相続人(相続が発生する方)

氏名	ふりがな	ご相談者との続柄							
		遺言書	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 公正証書 <input type="checkbox"/> 自筆) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	死亡日	昭・平・令	年	月	日
最後の住所									
本籍									

◆相続が発生する・または発生した方の財産

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(残高				万円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
預貯金	<input type="checkbox"/> 座数(<input type="checkbox"/> 総残高(概算)(万円)	現金	円		
有価証券(株など)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		負債	<input type="checkbox"/> 有(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

相談したい事項

当事務所をどちらでお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> 弁護士会 <input type="checkbox"/> 裁判所 <input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> インターネット(サイト名) <input type="checkbox"/> その他(

人物関係図(記入不要)