記入日　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

判断能力が低下したら

|  |
| --- |
| 〈財産管理などをお願いしたい人〉　　　＊チェック☑を入れてください |
|  □配偶者　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □子ども　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □その他　　名前  電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 「その他」の場合は、以下のいずれかにチェック☑□任意後見人　　　　　　　　　　　□特に契約はしていない＊任意後見人については２０ページの成年後見制度をご覧ください。 |
| 〈　メ　モ　〉　　＊書き足りないことなどを自由にお書きください。 |