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。 |