

相談票（相続）

記入日： 年 月 日

1. ご相談者様について

フリガナ		生年月日	性別
お名前		年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
ご住所	〒		
本籍			
ご連絡先	(TEL) (携帯)	(FAX) (メールアドレス)	
連絡先のご希望	<input type="checkbox"/> いずれでも <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

2. 相手方について

フリガナ		生年月日	性別
お名前		年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
住所	〒		
連絡先	(TEL) (携帯)		

3. 事件の概要

被相続人となる方	氏名： 生年月日：		
	<input type="checkbox"/> ご存命 <input type="checkbox"/> 死亡日（ 年 月 日） 遺言書の有無： <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 公正証書・ <input type="checkbox"/> 自筆）・ <input type="checkbox"/> 無 本籍地： 亡くなられたときの住所地：		
財産（遺産）について	不動産	土地： <input type="checkbox"/> 有（物件数： /合計約 万円）・ <input type="checkbox"/> 無 建物： <input type="checkbox"/> 有（物件数： /合計約 万円）・ <input type="checkbox"/> 無 マンション： <input type="checkbox"/> 有（物件数： /合計約 万円）・ <input type="checkbox"/> 無	
	預貯金	<input type="checkbox"/> 有（物件数： /合計約 万円）・ <input type="checkbox"/> 無	
	生命保険	<input type="checkbox"/> 有（金額： 万円／受取人： ）・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明	
	株式	<input type="checkbox"/> 有（合計約 万円）・ <input type="checkbox"/> 無	
	負債	住宅ローン： <input type="checkbox"/> 有（約 万円）・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明 その他の負債：	
	その他		
ご相談内容			