

※当方記入欄※ 無料相談

ルート	担当

相談票(相 続)

※お分かりになる範囲でご記入下さい。

相談日：平成 年 月 日

開始時間： 午前 午後 時 分

フリガナ		生年月日	
ご相談者氏名		年 月 日	
ご相談者住所	〒 ー	都道 府県	市町 区村
電話(自宅電話)	()	電話(携帯電話)	()
FAX	()		
当事務所からの連絡【電話】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 【メール】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 【FAX】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 【郵送】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			

◆お亡くなりになった方(被相続人)

フリガナ		ご相談者との続柄		遺言状	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 公正証書 <input type="checkbox"/> 自筆)	<input type="checkbox"/> 無
お名前		死亡日	年 月 日	死因・死亡場所		
最後の住所						
本籍						

◆相手方(ご相談者以外の相続人、対立している関係者)について

フリガナ		ご相談者との続柄	フリガナ		ご相談者との続柄
お名前			お名前		

◆お亡くなりになった方(被相続人)の遺産について

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 (残額: 万円) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
預貯金	口座数: 総残高: 円	現金	円		
有価証券等(株など)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	負債	<input type="checkbox"/> 有 (負債総額: 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				

◆特別な事情について

被相続人の扶養家族	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明	被相続人から高額な贈与を受けた方	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
※その他、ご事情がある場合ご記入下さい。			

◆遺産の分割について

分割方法の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※ご希望される分割方法について具体的にご記入ください

◆その他ご相談内容(ご自由にお書きください)

※以下当方記入欄※
(MEMO) * 相談内容のまとめ、アドバイスの内容、今後の処理についてのメモ

相続関係図

※わかる範囲でお書き下さい。
相談者の氏名に○を付して下さい。

