

法律相談票（相続）

（ふりがな）			
ご相談者氏名			（年齢） 歳
ご相談者住所			
（電話番号・FAX）			
（メールアドレス）			

1. 相続が発生する方（被相続人）についてのご質問（該当する□にレ点を付けてください）			
<input type="checkbox"/> ご存命 <input type="checkbox"/> 死亡日（ 年 月 日）			
被相続人の氏名		（ご相談者様との関係・続柄）	
被相続人住所地	（都・道・府・県）	（市・町・村・区）	
2. 遺言書：	有（ 公正証書 / 自筆 ）	/	無 / 不明
3. 相続人の人数・続柄などについてのご質問（※続柄は被相続人との関係です）			
相続人の数	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 4人 <input type="checkbox"/> 5人 <input type="checkbox"/> 6人以上（該当する□にレ点を付けてください）		
相続人の続柄	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子・孫 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（_____）		
4. 相続が発生する方（被相続人）の財産についてのご質問（分かる範囲でお書きください）			
不動産： 土地	有（約_____万円）	/	無
建物	有（約_____万円）	/	無
マンション	有（約_____万円）	/	無
住宅ローン	有（残額_____万円）	/	無 / 不明
現金：	_____円		
預貯金：	_____円		
株式：	有 / 無 / 不明		
生命保険：	有（金額 万円，受取人： ）	/	無 / 不明
負債：	有（金額 万円）	/	無 / 不明
5. 特別の事情			
(1)生前に贈与を受けた方	有（氏名_____， 金額_____万円） / 無 / 不明 有（氏名_____， 金額_____万円）		
(2)家業の手伝い・療養看護（介護）をしていた方	有（氏名_____） / 無 / 不明		
6. 相続や遺産の分割方法について、ご希望がある場合は、可能な範囲で具体的にお書き下さい。			
7. その他のご相談内容（ご自由にお書きください）			