

北海道税理士会

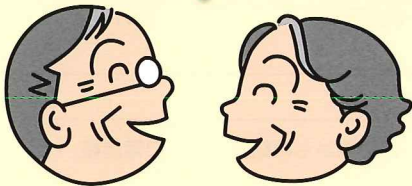
成年後見支援センター

成年後見制度とは・・・

判断能力が不十分な方々が不利益を被らないように支援・保護する制度です。



今は元気だけど、将来のことが心配。
信頼できる人に相談しておきたい・・・



自分で
備える



任意後見制度

本人があらかじめ結んでおいた任意後見契約にしたがって、任意後見人が本人を支援する制度です。

皆で
支える



法定後見制度

判断能力が不十分な人に親族などから家庭裁判所に申立て、適任と思われる支援者が選ばれる制度です。

後見

判断能力がほとんどない方が対象です。後見人が代って契約等を行い、本人を保護します。

保佐

判断能力が著しく不十分な方が対象です。「重要な行為」については支援者(保佐人)の同意を必要とします。

補助

判断能力が不十分な方が対象です。補助人に対し、同意権及び代理権を付与して保護を図るものです。

成年後見監督人(保佐監督人・補助監督人)

成年後見人等が行う後見等の事務を監督します。任意後見制度の場合は任意後見監督人が必要となります。

私たちは地域に密着した「財産管理と税」の専門家です。
財産管理のことで将来に不安を感じたら、お気軽にご相談ください。

税理士は、明日のあなたを支えます。

北海道税理士会 成年後見支援センター

〒064-8639 札幌市中央区北3条西20丁目2番28号 北海道税理士会館3階

TEL 011-621-7738 FAX 011-642-0476

無料相談

ご相談は無料となっております。

ご相談内容の回答は原則としてお電話で行います。お電話では説明が困難な場合、日時を決めて面接相談を行います。面接相談は原則として北海道税理士会館で行います。FAXでお申し込みいただいたご相談については火曜日に回答いたします。

お電話でのご相談は —

毎週火曜日（国民の祝日、夏期休暇及び年末年始は除く）

受付時間

午前10時～午前11時30分

午後1時～午後3時30分まで

ご相談電話番号

011-621-7738

FAXでのお申し込みは —

下記内容をご記入になり、当センターまで送信ください。

各項目の該当する□には☑とチェックをお付けください。

ふりがな		電話番号
相談者氏名		()
ご住所	〒	
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士（リーガル会員／その他） <input type="checkbox"/> 社会福祉士（ばあとなあ会員／その他） <input type="checkbox"/> 税理士（北海道・その他（ 会）） <input type="checkbox"/> その他（)	
相談について	<input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 過去にある（ 回）	
当センターを知った方法	<input type="checkbox"/> チラシ・パンフレット <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 支部からの紹介 <input type="checkbox"/> 行政機関からの案内 <input type="checkbox"/> その他（)	

●相談者が対象者ご本人以外の方は下記もご記入ください。（ご記入できる範囲内で結構です）

ふりがな		年齢	<input type="checkbox"/> 判断能力者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者
対象者氏名		歳	<input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他（)
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他（)
相談対象者と相談者との関係	<input type="checkbox"/> 親族（) <input type="checkbox"/> 医療介護関係者（) <input type="checkbox"/> その他（)		

●相談者が本会会員の場合

支部・名前

■ご相談内容 お困り事、相談したい内容などをご自由にお書きください。

※相談時間は30分を目安とさせていただきます。

※この受付票及び相談内容など個人情報に関しては、統計資料の作成など当センターの業務に関連した事柄に使用し、その他の目的には使用いたしません。

お申し込みFAX番号 **011-642-0476**