

# 法律相談票（相続）

年 月 日

相談者氏名	ふりがな	明・大・昭・平	年	月	日生（	歳）
住 所	〒	電 話	-	-		
		FAX	-	-		
		携 帯	-	-		
		Email				

## 相続が発生すると思われる方

氏 名	ふりがな	ご相談者との続柄	
		遺言書	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 公正証書 <input type="checkbox"/> 自筆） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	死亡日	昭・平・令 年 月 日
最後の住所			
本 籍			

## 相続が発生する・または発生した方の財産について

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（残高 万円） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
預貯金	<input type="checkbox"/> 座数（ <input type="checkbox"/> 総残高（概算）（ 万円）	現金	円	
有価証券（株など）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	負債	<input type="checkbox"/> 有（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			

## 相談したい事項

## 人物関係図（記入不要）