

申し込み者名 _____ (印)

診断者との関係 _____

住 所 _____

TEL _____

相続手続支援センター京都南
株式会社 杉田総合経営センター

〒612-0807
京都府京都市伏見区深草稻荷中之町33番地
TEL:075-641-5705
<http://www.souzoku-kyoto-minami.com>

相続手続き診断システム

基本情報

氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	
現住所	□□□□□□□□	
職 業		

年金加入暦

厚生年金	年 月 ~ 年 月
国民年金	年 月 ~ 年 月
共済年金	年 月 ~ 年 月

財産状況

預貯金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	不動産	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
有価証券	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	会員権	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

その他

カード加入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自家用車	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住居区分	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸	生命保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住宅ローン残	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	損害保険	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

家族構成

配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	生年月日	年 月 日
子 供	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		



<input type="checkbox"/> 子供1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
<input type="checkbox"/> 子供2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
<input type="checkbox"/> 子供3	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

父	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	生年月日	年 月 日
母	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	生年月日	年 月 日

孫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
---	---



<input type="checkbox"/> 孫 1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
<input type="checkbox"/> 孫 2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
<input type="checkbox"/> 孫 3	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

祖 父	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	生年月日	年 月 日
祖 母	<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡	生年月日	年 月 日

兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
------	---

(注)この診断の申し込みはご本人またはご家族の方だけとさせていただきます。