

交通事故 ご相談予約申込書 (1枚目)

1

みお綜合法律事務所 宛

の箇所には、該当するボックスに (チェック)をいれてください。

連絡先 ◎あなたの情報をご入力ください。

| | | | | | |
|----------------------|--|-----------|------------------------|-----------|---|
| ふりがな | | 年齢 | 歳 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| お名前 必須 | | 必須 | | 必須 | |
| 住所 必須 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |
| 電話番号 必須 | - | - | ※市外局番からご記入ください。 ※携帯電話可 | | |
| メールアドレス 必須 | ※携帯アドレス可 (お持ちでない方には電話連絡をさせていただきます) | | | | |

※メール不送達などの場合、電話連絡をさせていただくことがあります。 ※携帯電話のメールアドレスをご利用の場合、必ずドメイン指定の解除を行ってください。

被害者の確認

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 事故の被害者は? 必須 | <input type="checkbox"/> あなた | <input type="checkbox"/> その他の方 | | | |
| ◎以下の項目は「その他の方」の場合のみご記入ください。 | | | | | |
| ふりがな | 被害者の年齢 | 被害者の性別 | | | |
| 被害者のお名前 必須 | 歳 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | | |
| 必須 | 必須 | 必須 | | | |
| 被害者はあなたの 必須 | <input type="checkbox"/> 親 | <input type="checkbox"/> 子 | <input type="checkbox"/> 夫または妻 | <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 | <input type="checkbox"/> 親類 |

被害者の職業と年収 ◎被害者があなたの場合は、あなたの職業と年収をご記入ください。

| | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 職業 必須 | <input type="checkbox"/> 会社員 | <input type="checkbox"/> 公務員 | <input type="checkbox"/> 自営業 | <input type="checkbox"/> パート・アルバイト | <input type="checkbox"/> 主婦 | <input type="checkbox"/> 学生 | <input type="checkbox"/> 無職 |
| 年収(概算) | 円 | | | | | | |

事故状況の確認

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| 事故発生日 必須 | 年 | 月 | 日 |
| 事故発生場所 必須 | ※都道府県・市区町村までで結構です。 | | |
| 過失割合 (加害者[相手]の主張) 必須 | ※当事務所では被害者の方からのご相談受け付けております。過失割合によってはご相談をお断りする場合があります。 加害者(相手) [<input type="text"/>] % / 被害者(あなた) [<input type="text"/>] % <input type="checkbox"/> わからない | | |
| 加害者の 任意保険会社名 必須 | ※わからない場合は「不明」とご記入ください。 | | |

◎2枚目に続きます。お手数ですが、2枚目もご記入のうえFAXをお送りください。

交通事故 ご相談予約申込書 (2枚目)

2

みお綜合法律事務所 宛

の箇所には、該当するボックスに (チェック) を入れてください。

お怪我と後遺障害の確認

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 主たる受傷部位 必須 | ※該当する部位すべてを選択してください。 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 頭 | <input type="checkbox"/> 脊髄 | <input type="checkbox"/> 首 | <input type="checkbox"/> 肩 | <input type="checkbox"/> 腕 | <input type="checkbox"/> 背骨 | <input type="checkbox"/> 内臓 | <input type="checkbox"/> 腰 | <input type="checkbox"/> 足 | <input type="checkbox"/> その他 |
| 受傷名(診断名) 必須 | | | | | | | | | | |
| 治療経過 必須 | <input type="checkbox"/> 治療中 | <input type="checkbox"/> 治療終了 | 後遺障害の有無 必須 | | | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない | | |
| もっとも感じる 支障・後遺障害名 | <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 | <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害 | <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 | <input type="checkbox"/> 視覚障害 | <input type="checkbox"/> 聴覚障害 | <input type="checkbox"/> 味覚障害 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 | <input type="checkbox"/> 肘・手関節を曲げにくい | | | <input type="checkbox"/> 椎骨(背骨)の骨折 | | <input type="checkbox"/> 内臓の障害 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 骨盤骨の骨折 | <input type="checkbox"/> 人工関節 | <input type="checkbox"/> 股・膝・足関節を曲げにくい | | | <input type="checkbox"/> 頸部捻挫(むちうち) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 腰部捻挫 | <input type="checkbox"/> PTSD | <input type="checkbox"/> 低髄圧症 | <input type="checkbox"/> うつ | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 後遺障害等級 (自賠償) | 級 | | | | | | | | | |

「弁護士費用特約」の有無の確認

| | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| ご加入の自動車保険に 「弁護士費用特約」は 付帯されていますか? | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> わからない | ※ご家族がご加入の自動車保険に付帯されている場合でも、 利用可能な場合があります。弁護士費用特約は当事務所でも ご利用いただけますので、ご契約内容をご確認ください。 |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|

その他 ○相談したい内容や補足事項などを、できるだけ簡潔にご記入ください。

※ご質問等につきましては、面談時に回答させていただきます。

弁護士法人 みお綜合法律事務所

〒530-8501 大阪市北区梅田3丁目1番3号 ノースゲートビル オフィスタワー14階

FAX番号: 06-6348-3056

ご相談予約に際しての注意事項

- ◎多数のお申し込みをいただき、当事務所からの連絡(相談対応の可否)にお時間をいただく場合があります。通常の場合、1週間以内を目処にご連絡いたします。
- ◎ご記入いただいた内容を確認・検討の後、相談対応の可否について、1週間以内を目処にご連絡いたします。
- ◎1週間以上が経過しても当事務所からの連絡が届かない場合は、恐れ入りますが電話(0120-7867-30)にてお問い合わせください。
- ◎当事務所の既存のご依頼者様と利益が相反すると判断される場合など、諸事情によりご相談および受任をお断りする場合があります。予めご了承ください。
- ◎後遺障害等級1~5級相当(見込み)の方で、当事務所までのご来所が困難な方は、弁護士による「全国対応出張訪問相談(<https://www.miolaw.jp/form/shuchosodan-reserve/>)」をご利用ください。
- ◎方針の決定や受任にあたっては、当事務所での直接面談でお話を伺ったうえで総合的に判断する必要がありますので、メールまたは電話でのご相談は行っておりません。また、当事務所では、交通事故被害者の方からのご相談を専門に承っております。加害者側のご相談、物損事故のみのご相談は受け付けておりません。