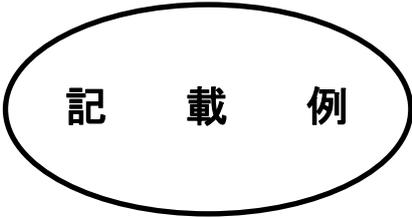


後見 保佐 補助 開始申立書



(この欄に収入印紙を貼る。)

後見又は保佐開始のとき	800円分
保佐又は補助開始+同意権のとき	1600円分
保佐又は補助開始+代理権のとき	1600円分
保佐又は補助開始+同意権+代理権のとき	2400円分

収入印紙	円	
予納郵便切手	円	
予納収入印紙	2600円	

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家庭裁判所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 支部 御中 平成 〇〇年 〇月 〇日	申立人の 署名押印 又は記名押印	後見太郎	
--	------------------------	------	--

申立人	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井県〇〇市〇〇町〇番〇号 電話 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇 日中連絡可能な電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 <input type="checkbox"/> 勤務先 () 勤務先名 (※ 裁判所名で電話しても よい 差し支える)	
	フリガナ 氏名	コウケン タロウ 後見 太郎	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇月 〇〇日生
	職業	会社員	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親族 (続柄) <input type="checkbox"/> 法定後見人等 <input type="checkbox"/> 任意後見人等	
本人	住民票上の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福井市〇〇町4丁目5番6号	
	実際に住んでいる所	※ 病院や施設の場合は所在地と名称を記載してください。 福井市〇〇〇町3丁目4番5号 医療法人〇〇病院 電話 090 (△△△△) 9111 携帯 ()	
	フリガナ 氏名	コウケン ハナコ 後見 花子	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 △年 △月 △△日生
	職業	無職	

※ 太枠の中を記入してください。該当する部分の口にし点を加えてください。

申 立 て の 趣 旨
本人について <input checked="" type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 を開始するとの審判を求める。

申 立 て の 実 情									
<input checked="" type="checkbox"/> 財産の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金の払出し、解約 <input type="checkbox"/> 保険金の受領 <input checked="" type="checkbox"/> 遺産分割 <input type="checkbox"/> 交通事故の示談等 <input type="checkbox"/> 不動産処分 (<input type="checkbox"/> 売却 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 抵当権の設定 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 施設 (病院) 入所 (入院) の契約締結 <input type="checkbox"/> 裁判所の手続 (<input type="checkbox"/> 相続放棄 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 調停 <input type="checkbox"/> 自己破産 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 訪問販売等の契約の取消し <input type="checkbox"/> その他 ()									
(具体的な事情を記載してください。)									
<p>本人は、3年程前から、認知症のため〇〇病院に入院していますが、その症状は回復の見込みがなく、必要な買い物も1人ではできない状態です。</p> <p>昨年11月に、本人の夫が亡くなり、遺産分割の必要が生じたので、この申立てをします。</p>									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;">候補者について</td> <td style="padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/> 申立人の選任を希望 (以下の候補者欄は記載不要) <input type="checkbox"/> 下記の者の選任を希望 <input type="checkbox"/> 裁判所の選任する第三者を希望 (以下の候補者欄は記載不要) </td> </tr> </table>		候補者について	<input checked="" type="checkbox"/> 申立人の選任を希望 (以下の候補者欄は記載不要) <input type="checkbox"/> 下記の者の選任を希望 <input type="checkbox"/> 裁判所の選任する第三者を希望 (以下の候補者欄は記載不要)						
候補者について	<input checked="" type="checkbox"/> 申立人の選任を希望 (以下の候補者欄は記載不要) <input type="checkbox"/> 下記の者の選任を希望 <input type="checkbox"/> 裁判所の選任する第三者を希望 (以下の候補者欄は記載不要)								
候 補 者	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px; vertical-align: top;">住 所</td> <td style="padding: 5px;">〒 _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">電話 () _____ 携帯 () _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">フリガナ氏名</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">本人との関係</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親族 (続柄 _____) <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </td> </tr> </table>	住 所	〒 _____		電話 () _____ 携帯 () _____	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親族 (続柄 _____) <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
住 所	〒 _____								
	電話 () _____ 携帯 () _____								
フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生								
本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親族 (続柄 _____) <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> その他 (_____)								