|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　 受付印 |  | **成年被後見人に宛てた郵便物等の回送嘱託申立書** |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | （この欄に申立手数料として１件について８００円分の収入印紙を貼ってください。）（貼った印紙に押印しないでください。） |
| 収入印紙　　　　　８００円 |  |
| 予納郵便切手　 　 　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
|  　後見開始の事件番号 | 平成　**○○**　　年（家）第 　 **○○○○○** 号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **○○**　家 庭 裁 判 所　　　　　　 　支部 ・　出張所 御 中 平成**○○**　年　**○○**　　月**○○**　日 | 申立人の記名押印 |  　 **甲　　野　　一　　郎**  印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | （審理のために必要な場合は，追加書類の提出をお願いすることがあります。）□住民票（開始以降に住所の変更があった場合のみ）　　　■必要性に関する報告書□財産管理後見人の同意書　　　■成年後見監督人の同意書　　　　□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　　 **申****立****人** | 住　　所(事務所) | 〒 **○○○** －**○○○○**  電話 **○○○** （**○○○**）**○○○○**  **○○県○○市○○町○丁目○番○号** （　　　　　　 　　　方） |
| 郵便物等の回送を受ける場所 | （■上記の住所（事務所）と同じ）〒 　 －  |
| フリガナ氏　　名 |   **コウ　　　ノ イチ　　　ロウ**  　　**甲　　野　　一　　郎**  |
| **成****年****被****後****見****人** | 本　　籍(国　籍） |  都　道 **○○　　　　　　　○○市○○町○○○番地○** 府　 |
| 住　　所 | 〒 **○○○** －**○○○○**   **○○県○○市○○町○○○番地** 　　　 （　　　　　　　　 　方） |
| 居　　所 | 〒 **○○○** －**○○○○**  **○○県○○市○○町○丁目○番○号　　○○病院**  （　　　　　 　　　方） |
| フリガナ氏　　名 |  **オツ　　　ノ タ　 　ロウ**　 　　　　  　　**乙　　野　　太　　郎**  |

（注）　太枠の中だけ記入してください。

（ 1/3 ）