

申立書等記入用紙

※ 黒ペン又は黒ボールペンで記載してください。

鉛筆で記載した上で、その用紙をコピーしていただいても差し支えありません。

記載の際には、別添の「申立書等記載例」を参考にしてください。

記入用紙一覧表

- 1 申立書
- 2 親族関係図
- 3 本人に関する照会書
- 4 財産目録
- 5 遺産目録
- 6 本人予算収支表
- 7 候補者に関する照会書

【補助用】 ※必要な項目の□にレ点をつけてください。

同意行為目録

(民法13条1項各号所定の行為)

1 元本の領収又は利用 (1号)

- (1) 預貯金の払戻し
- (2) 債務弁済の受領
- (3) 金銭の利息付貸付け

2 借財又は保証 (2号)

- (1) 金銭消費貸借契約の締結
- (2) 債務保証契約の締結

3 不動産その他重要な財産に関する権利の得喪を目的とする行為 (3号)

- (1) 本人所有の土地又は建物の売却
- (2) 本人所有の土地又は建物についての抵当権の設定
- (3) 贈与又は寄付行為
- (4) 商品取引又は証券取引
- (5) 通信販売（インターネット取引を含む）又は訪問販売による契約の締結
- (6) クレジット契約の締結
- (7) 金銭の無利息貸付け
- (8)

4 訴訟行為 (4号)

5 贈与、和解又は仲裁合意 (5号)

6 相続の承認若しくは放棄又は遺産分割 (6号)

7 贈与の申込みの拒絶、遺贈の放棄、負担付贈与の申込みの承諾又は負担付遺贈の承認 (7号)

8 新築、改築、増築又は大修繕 (8号)

9 民法602条に定める期間を超える賃貸借 (9号)

【保佐・補助用】 ※必要な項目の□にレ点をつけてください。

代理行為目録

1 財産管理関係

(1) 不動産関係

- ① 本人の不動産に関する取引（売却, 担保権設定, 賃貸, _____）
- ② 他人の不動産に関する（購入, 借地, 借家）契約の締結, 変更及び解除
- ③ 住居等の新築, 増改築及び修繕に関する請負契約の締結, 変更及び解除

(2) 預貯金等金融関係

- ① 預貯金に関する金融機関等との一切の取引（解約, 新規口座の開設を含む。）
- ② その他の本人と金融機関との取引（貸金庫取引, 保護預かり取引, 証券取引, 為替取引, 信託取引, _____）

(3) 保険に関する事項

- ① 保険契約の締結, 変更及び解除
- ② 保険金の請求及び受領

(4) その他

- ① 定期的な収入の受領及びこれに関する諸手続（家賃・地代, 年金・障害手当金
その他の社会保障給付, その他_____）
- ② 定期的な支出を要する費用の支払及びこれに関する諸手続（家賃・地代
公共料金, 保険料, ローンの返済金, その他_____）
- ③ 本人の負担している債務の弁済及びその処理

2 相続関係

- ① 相続の承認又は放棄
- ② 贈与及び遺贈の受諾
- ③ 被相続人_____の遺産分割又は単独相続に関する諸手続
- ④ 遺留分減殺の請求

3 身上監護関係

- ① 介護契約その他の福祉サービス契約の締結, 変更, 解除及び費用の支払
- ② 要介護認定の申請及び認定に関する不服申立て
- ③ 福祉関係施設への入所に関する契約（有料老人ホームの入居契約等を含む。）の締結, 変更, 解除及び費用の支払
- ④ 医療契約及び病院への入院に関する契約の締結, 変更, 解除及び費用の支払

4 登記・税金・訴訟

- ① 登記及び登録の申請
- ② 税金の申告及び納付
- ③ 訴訟行為（民事訴訟法55条2項の特別授権事項を含む。）について, 当該行為につき訴訟代理人となる資格を有する者に対し授権をすること
- ④ 本人に帰属する財産に関して生ずる紛争についての訴訟行為（民事訴訟法55条2項の特別授権事項を含む。）（*保佐人又は補助人が当該訴訟行為について訴訟代理人となる資格を有する者であるとき。）

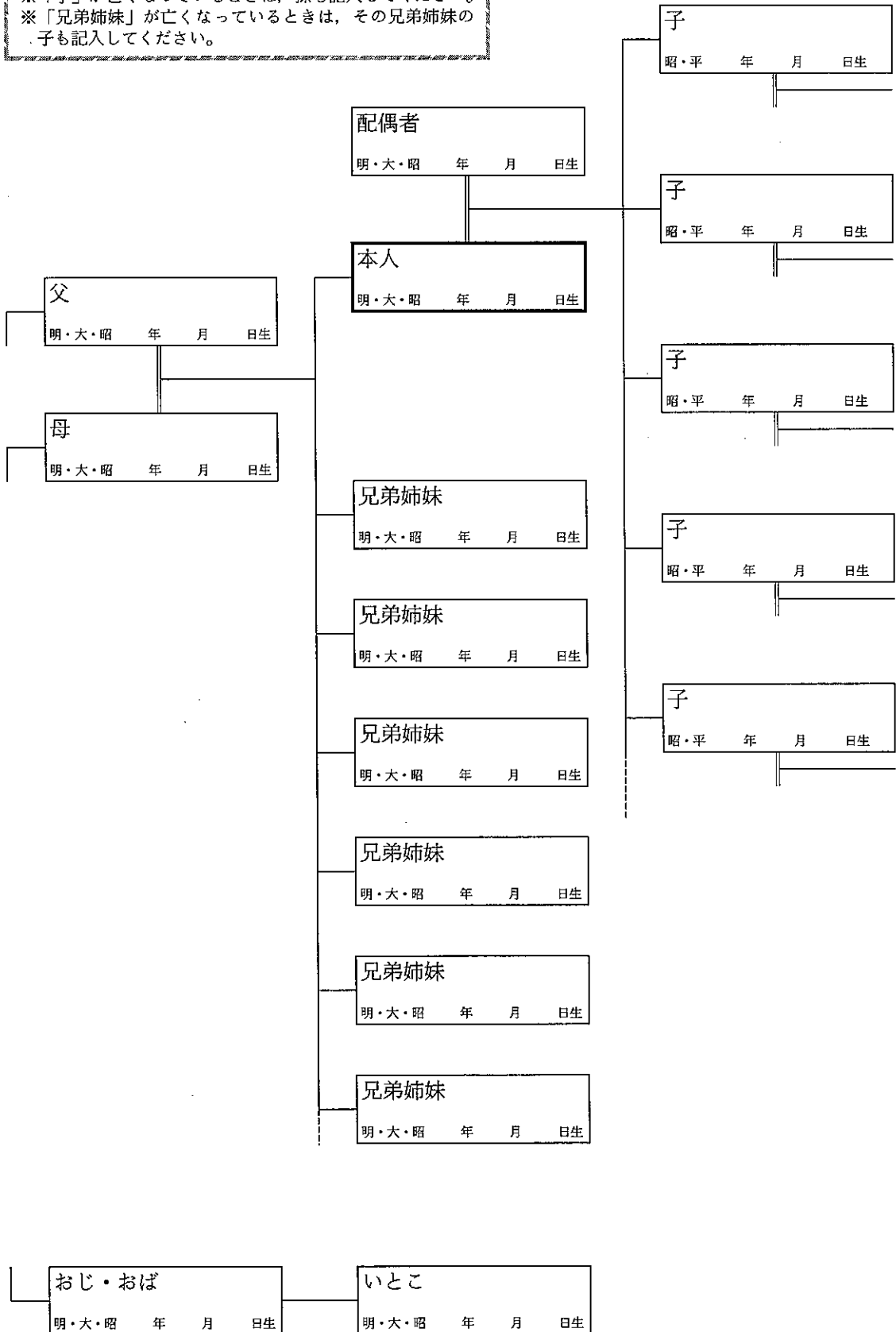
5 その他

- ① 以上の各事務の処理に必要な費用の支払
- ② 以上の各事務に関連する一切の事項

親 族 関 係 図

記入要領

- ※すでに亡くなった方も記入してください。
- ※亡くなった方については X をつけてください。
- ※「子」が亡くなっているときは、孫も記入してください。
- ※「兄弟姉妹」が亡くなっているときは、その兄弟姉妹の子も記入してください。



本人に関する照会書

※申立人か候補者のうち、本人の事情を詳しく把握している方が記載してください。

平成 年 月 日

記入者の氏名 _____ 印

1 本人は、今回の手続をすることを知っていますか。

- 話していないので知らない
 話しても理解できる状態ではない
 話したが理解しているかどうか分からない
 知っている → 手続をすることに 同意している 反対している

2 本人の状況

(1) 手帳交付の有無（※ 該当の手帳のコピーを添付してください。）

- なし
 あり 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）
 身体障害者手帳（1・2・3・4・5・6 級）
 名古屋市愛護手帳（1・2・3・4）
 愛知県療育手帳（A・B・C）

(2) 要介護認定の有無

- なし
 あり → 要支援（区分 1・2） 要介護（区分 1・2・3・4・5）

(3) 本人の現在の様子について該当する項目をチェックしてください。

- 会話での意志疎通ができない 自力での移動ができない
 親しい人（家族等）の判別ができない 今日の年月日がわからない
 簡単な計算ができない 金銭の認識ができない

(4) 本人の現在の生活の場所

- 自宅 → 1人暮らし 同居者あり（本人以外に____人同居）
 病院又は施設
入所、入院の時期 昭和・平成 年 月ころ
名称

3 本人の略歴と病歴を記載してください。

- (1) 本人は____人きょうだいの____番目です。
(2) 婚姻歴 なし あり（ ____ 回）
(3) 子の人数 ____人
(4) 病気の発症時期 出生時から
 昭和・平成 ____年 ____月ころ 病名_____
(5) 通院、入院、施設入所等の時期、経過等について記載してください。

4 本人の親族

(1) 本人の配偶者、親、子（子がない場合は兄弟姉妹）について、下記の表に記載してください。それぞれの方が「今回の申立てをすること」及び「候補者が後見人等になること」に賛成しているか否かについて、該当する□にレ点をつけてください。「不明」の場合は、必ずその理由も記載してください。

(※該当する親族の方には事前に連絡して意向を確認してください。人数が多く欄が足りない場合はこのページをコピーして記載してください。)

| 続柄 | 氏名・年齢・住所・電話番号 | この申立てについての考え | |
|----|---------------------------------------|---|---|
| | | 今回の申立てをすることについて | 候補者が後見人等になることについて |
| | 氏名 _____ (歳) 住所 _____ 電話： () | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： |
| | 氏名 _____ (歳) 住所 _____ 電話： () | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： |
| | 氏名 _____ (歳) 住所 _____ 電話： () | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： |
| | 氏名 _____ (歳) 住所 _____ 電話： () | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： |
| | 氏名 _____ (歳) 住所 _____ 電話： () | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： | <input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 不明 理由： |

(2) 上記(1)で、反対している方がいる場合には、その方が反対している理由や事情等を具体的に書いてください。

5 現在、本人の財産を管理している人はどなたですか。

- 本人 申立人 施設
 その他の人（氏名： _____ ， 本人との関係： _____ ）
 不明

候補者に関する照会書

※候補者の方がご自身のことについて記載してください。

平成 年 月 日

候補者の氏名 _____ 印

日中連絡可能な電話番号 () (携帯・自宅・勤務先)

(※ 裁判所名で電話しても よい・差し支える)

1 あなたは、次のいずれかに該当しますか。

- 次の者に該当する
- 家庭裁判所で成年後見人等を解任されたことがある
 - 破産者である
 - 本人に対して訴訟をしたことがある
 - 本人に対して訴訟をしたことがある人の (配偶者 親 子) である
 - 上記のいずれにも該当しない

2 本人と同居していた時期はありますか。

- 現在同居している (年ころから)
- 以前同居していたことがある (年ころから 年ころまで)
- 同居したことはない

3 あなたの経歴

(1) 現在までの経歴 (主要なものだけで結構です。)

| 年月日 | 経 歴 事 項 | 年月日 | 経 歴 事 項 |
|-----|---------|-----|---------|
| ・ ・ | | ・ ・ | |
| ・ ・ | | ・ ・ | |
| ・ ・ | | ・ ・ | |

(2) 現在の職業 (勤務先の名称, 所在地, 役職など)

4 あなたの経済状況

- (1) 収入 (税込) 年収 _____ 万円
- (2) 預貯金, 有価証券 計 _____ 万円
- (3) 不動産 なし あり (自宅・ 自宅以外)
- (4) 負債 (借金) なし
- あり 計 _____ 万円
- (内訳: 住宅ローン _____ 万円, その他 _____ 万円)

5 あなたの家族

| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業及び勤務先名, 又は学校名 | 同居・別居の別 | 負債の有無 (住宅ローンは除く) |
|----|----|----|-----------------|---|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

6 後見人等に選任された場合の今後の方針について

(1) 本人の生活場所について

- 当面の間, 変更する予定はない
- 新たな病院又は施設等に入院(転院)の予定がある
 時期:平成 年 月ころ
 病院・施設名:
 所在地:
 電話番号:

(2) 本人の財産状況について

- 当面の間, 大きく変わる予定はない
- 近い将来, 以下のように変わる予定がある
 - まとまった金額の預貯金の払い戻しや解約(その金額: 万円)
 - 保険金の受領(受領予定額: 万円)
 - 不動産の売却や賃貸, 抵当権の設定等
 - 本人のために立て替えた支出の清算(その金額: 万円)
 - 遺産の相続(被相続人の氏名: , 本人との続柄:)
 - その他
その内容及び金額:

財産目録（本人氏名）

※ 欄が足りない場合は適宜の用紙に記載してください。

1 預貯金・現金

※ 通帳や証書のコピーを添付してください。

| 金融機関の名称 | 支店名 | 口座種別 | 口座番号 | 残高（円） | 最終記帳日 | 管理者 |
|---------|-----|------|------|-------|-------|-----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 現金 | | | | | | |
| 合計 | | | | | | |

2 不動産（土地）

なし

※ 不動産登記事項証明書を添付してください。

| 所 在 | 地 番 | 地 目 | 地積(m ²) | (根) 抵当権の有無 |
|-----|-----|-----|---------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3 不動産（建物）

なし

※ 不動産登記事項証明書（未登記の場合は固定資産税評価証明書）を添付してください。

| 所 在 | 家屋番号 | 種 類 | 床面積(m ²) | (根) 抵当権の有無 |
|-----|------|-----|----------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

平成 年 月 日作成

本人予算収支表 (1か月あたりの収支の概算を記載してください。)

| 各種収入 | 月 額 | 備 考 |
|------------------|-----------|-------------|
| 給与 | | |
| 年金 () | | |
| 年金 () | | |
| 賃料収入 | | |
| その他 () | | |
| その他 () | | |
| その他 () | | |
| 収入合計 (月額) | 月額 | 円 …① |

| 各種支出 | 月 額 | 備 考 |
|------------------|-----------|-------------|
| 医療費 (入院費・通院費) | | |
| 施設使用料 | | |
| 所得税 | | |
| 住民税 | | |
| 固定資産税 | | |
| 社会保険料 | | |
| 介護保険料 | | |
| 生活費 (食費等) | | |
| 生命保険料 | | |
| 損害保険料 | | |
| 負債の返済 | | |
| その他 () | | |
| その他 () | | |
| その他 () | | |
| 支出合計 (月額) | 月額 | 円 …② |

| | |
|-------------------|------|
| ※収入①－支出②＝月額 (+・－) | 円 …③ |
| ※年額 (③の12倍) (+・－) | 円 |

お 願 い (主治医の先生へ)

名古屋家庭裁判所後見センター
名古屋市中区三の丸1丁目7番1号
電話 052-223-2015

この度先生が御担当の（ ）さんに対し、後見開始等の申立てが検討されています。つきましては、診断書及び鑑定書の作成について、何卒御理解、御協力をお願いいたします。

1 成年後見制度とは

成年後見制度とは、精神上の疾患・障害により、判断能力が低下した方に関し、本人に代って法律行為や財産管理を行ってもらったり、本人の財産上の行為に対し、同意を与えたり、取り消したりする人（後見人等）を選ぶことで、本人の判断を助け、利益保護を図る制度です。

具体的には、本人の判断（財産の管理・処分）能力に応じて

- ・後見開始（自己の財産を管理、処分することができない方）
- ・保佐開始（自己の財産を管理、処分するには、常に援助が必要な方）
- ・補助開始（自己の財産を管理、処分するには、援助が必要な場合がある方）

の三つの類型があり、類型によって援助の内容や援助者の権限が異なります。

家庭裁判所では、親族等の申立てに基づき、本人の能力がどの程度でどの程度援助が必要か、誰を援助者に選任するかなどを判断します。その際、本人の状況を明らかにするために、申立てに際して「診断書」の添付をお願いしております。後見及び保佐類型に該当される方については、その後さらに、原則として医師による「鑑定」が必要となります。

2 診断書について

- (1) 診断書は審理の参考資料となりますので、診断書とともに、3枚目に綴じてある診断書付票（本人の心身状態や検査結果など）も御記入くださるようお願いいたします。
- (2) 御提出の診断書の内容について、後日、家庭裁判所調査官等から電話で確認させていただくことがあります。申立てをした方（親族等）の承諾を得た上で問い合わせておりますので、御協力をお願いいたします。
- (3) 診断書作成料は、この文書を持参して診断書を依頼した者（本人の親族等）に請求してください。

3 鑑定について

(1) 鑑定に際しては、「良心に従って誠実に鑑定する」旨を記載した宣誓書等は郵送で提出をお願いしており、わざわざ家庭裁判所にお越しいただくことはありません。また、通常、家庭裁判所での証人尋問等を行われません。

(2) 家庭裁判所では、本人の負担を軽減するため、なるべく本人の病状や実情を最も把握されている医師（主治医）に鑑定をお願いしております。そのため、後見開始等の申立予定者には、事前に主治医の先生に、本人の鑑定の引受けに関する御意向をお尋ねした上で、申立てをするようお願いしています。

御多忙中恐縮ですが、鑑定をお引き受けくださる場合は、別添の「鑑定連絡票」に必要事項を御記入の上、申立予定者に手渡してください。お引き受けいただけない場合は、その旨を申立予定者にお伝えください。正式に鑑定をお願いする場合には、後日書面を送付させていただきます。

「本人の意識障害が著しく、ほぼ植物状態である」などの理由で鑑定手続を省略する場合があります。あらかじめ御了承ください。

(3) 鑑定依頼の流れは、次のとおりです。

① 後見開始等の申立てがあり、鑑定実施を裁判官が決定した後に、家庭裁判所から「鑑定人指定書の謄本」、「鑑定依頼書」、「宣誓書」、「鑑定料請求書」等を送ります。必要事項を記入の上御返送ください。

② 鑑定書を作成（作成期間はおおむね1か月を目安にしてください。）の上、家庭裁判所に御提出ください。

③ 指定された口座に鑑定料を支払います。鑑定料は裁判官が諸事情を勘案の上決定しますが、それに先立ち、検査料や消費税等込みの鑑定費用の見通しを先生方にお尋ねしております。なお、検査料や消費税等込みで5万円程度で鑑定をお引き受けくださる主治医の先生方が多いのが実情です。

鑑定料は申立てをした者が予納しますが、申立人→家庭裁判所→鑑定人（主治医の先生又は病院）という流れで支払われます。

(参考)

- 1 鑑定事項は、①精神上的の障害の有無、内容及び障害の程度、②自己の財産を管理及び処分する能力、③回復の可能性です。
- 2 診断書及び鑑定書の作成方法等について御不明の点がございましたら、冊子「成年後見制度における診断書作成の手引」及び「成年後見制度における鑑定書作成の手引」が家庭裁判所に用意してありますので、申立先の家庭裁判所（支部）までお問い合わせください。また、これらの冊子は、最高裁判所のホームページ (<http://www.courts.go.jp>) から取り寄せることができます。

診 断 書

※この診断書の記入要領については、最寄りの家庭裁判所にお問い合わせください。

| |
|--|
| <p>1 氏名</p> <p>生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)</p> <p>住所</p> |
| <p>2 医学的診断</p> <p>診断名</p> <p>所 見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)</p> <p>備考 (診断が未確定の時の今後の見通し, 必要な検査など)</p> |
| <p>3 判断能力についての意見 (下記のいずれかをチェックするか, (意見) 欄に記載する。)</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分することができない (後見相当)。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 常に援助が必要である (保佐相当)。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の財産を管理・処分するには, 援助が必要な場合がある (補助相当)。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己の財産を単独で管理・処分することができる。</p> <p>(意見)</p> <p>判定の根拠 (検査所見・説明)</p> <p>備考 (本人以外の情報提供者など)</p> |

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称・診療科名
所在地, 電話番号

担当医師名



鑑 定 連 絡 票

(診断書、診断書付票とともに御提出ください)

() さんに対する鑑定の引受けが可能である旨連絡します。

1 医師の氏名： _____

希望連絡先

診断書記載のとおり

次のとおり

電話番号： _____ (自宅・勤務先)

住所又は所在地： _____

2 担当診療科名

精神科 脳神経外科 内科 外科

その他 (_____)

3 鑑定料 (必要額)

(※ 鑑定料は消費税や検査料を含めた金額であり、「振込金額の総額」となります。

なお、診断書作成料は、鑑定料とは異なりますので、通常どおり、作成依頼者へ御請求ください。)

3万円 5万円 その他 (_____ 円)

未 定 (後日、裁判所から連絡・相談してほしい)

4 鑑定の依頼方法

直接、先生に連絡して依頼する。

病院等の事務局に連絡 (担当者： _____) して依頼する。

その他 (_____)

5 連絡可能曜日等

| | | | |
|----|----|---|----|
| 曜日 | AM | 時 | 分頃 |
| | PM | 時 | 分頃 |