


受付印	
貼用収入印紙	円
予納郵便切手	円
予納収入印紙	円

後 見 開 始 申 立 書

(この欄に**申立手数料**としての収入印紙800円分をはる。)
(注意) 登記手数料としての収入印紙は、はらずにそのまま提出する。

(はった印紙に押印しないでください。)

準口頭	関連事件番号 平成・令和 年(家)第 号
-----	-----------------------

岡山家庭裁判所 支部 ・ 出張所 御中 令和 〇 × 年 12 月 5 日	申立人の 署名押印 又は記名押印	後 見 一 郎 
--	------------------------	--

添 付 書 類	(同じ書類は1通で足りません。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。) <input type="checkbox"/> 本人の戸籍謄本(全部事項証明書) <input type="checkbox"/> 本人の住民票又は戸籍附票 <input type="checkbox"/> 本人の登記されていないことの証明書 <input type="checkbox"/> 本人の診断書 <input type="checkbox"/> 成年後見人候補者の住民票(本籍の記載のあるもの) 又は戸籍附票
---------	--

申 立 人	本 籍	都道 府県 広島 広島市〇〇区〇〇町75番地
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話 086 (〇〇〇) 〇〇〇〇 岡山県倉敷市〇〇町〇〇丁目〇番 (方)
	フリガナ	コウケン イチロウ 大正 昭和 39 年 4 月 12 日生 後 見 一 郎 平成
	職 業	会社員((株)〇〇自動車)
	本人との関係	※ 1 本人 2 配偶者 3 四親等内の親族 (長 男) 4 未成年後見人・未成年後見監督人 5 保佐人・保佐監督人 6 補助人・補助監督人 7 任意後見受任者・任意後見人・任意後見監督人 8 その他 ()
本 人	本 籍	都道 府県 申立人の本籍と同じ
	住 所 (入所先 等)	<input type="checkbox"/> 下記に同じ 〒〇〇〇-〇〇△△ 電話 086 (△△△) △△△△ 岡山市〇区〇〇町〇〇△△番地 施設名(特別養護老人ホーム〇〇荘)
	住民票 上の 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話 () 岡山県倉敷市〇〇町〇〇丁目△△番 (方)
	フリガナ	コウケン アイコ 明治 昭和 11 年 2 月 7 日生 後 見 愛 子 大正 平成
	職 業	無 職

(注) 太わくの中だけ記入してください。 ※の部分は当てはまる番号を○で囲み、3又は8を選んだ場合には、()内に具体的に記入してください。 □の部分に当てはまる場合には、チェックを入れてください。

申 立 て の 趣 旨

本人について後見を開始するとの審判を求める。

申 立 て の 実 情

(申立ての理由、本人の生活状況などを記入してください。)

本人は平成15年10月にアルツハイマー型認知症と診断され、平成16年2月から特別養護老人ホーム〇〇荘に入所している。現在は、言語による意思疎通は全く不可能な状態である。

このたび、本人に代わって、本人が加入している××生命の養老保険の満期保険金を受領する必要が生じたため、本件を申し立てる。成年後見人には、本人の長男で、日頃から本人に深く関わっている申立人を選任してもらいたい。

費用
上申

本件手続費用については、本人の負担とすることを希望する。

※ 費用上申については、「成年後見申立ての手引き」15ページを参照してください。

成年後見人 候補者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話 086 (〇〇〇) 〇〇〇〇 岡山県倉敷市〇〇町〇〇丁目〇番 (方)	
	フリガナ	コウケン イチロウ	
	氏 名	後 見 一 郎	昭和 39 年 4 月 12 日 平成
	職 業	会社員	本人との関係
〔 適当な人が いる場合に 記載してく ださい。〕	勤務先	(株)〇〇自動車 電話 086 (〇〇〇) ××××	
		倉敷市〇〇町〇丁目〇番〇号	

(注) 太わくの中だけ記入してください。□の部分に当てはまる場合には、チェックを入れてください。