

※申立後は、家庭裁判所の許可を得なければ申立てを取り下げることができません。

受付印	
収入印紙（申立費用）	円
収入印紙（登記費用）	円
予納郵便切手	円

後見・保佐・補助 開始申立書
※いずれかを○で囲んでください。

(収入印紙欄)

開始申立てのみは、800円分
保佐・補助開始申立て+代理権付与のときは1600円分
保佐・補助開始申立て+同意権付与+代理権付与のときは2400円分

※はった印紙に押印しないでください。

静岡家庭裁判所	申立人の 署名押印 又は記名押印	静岡花子	印
平成 年 月 日	御中		

添付書類	本人の戸籍謄本、本人の住民票又は戸籍の附票、成年後見人等候補者の住民票又は戸籍の附票 本人の登記されていないことの証明書、診断書
------	---

申立人	住所	〒000-1234 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地の〇〇 〇〇マンション123号室 電話 〇〇(234)5678 携帯電話 090(〇〇)〇〇〇〇 FAX 〇〇(〇〇)9876		
	フリガナ 氏名	シズオカ ハナコ 静岡花子	大正 昭和	46年12月2日生
	職業	会社員		
	本人との関係	1 配偶者 2 父母 3 子(娘) 4 兄・弟・姉・妹・甥・姪 5 本人 6 市区町村長 7 その他()		

本人	本籍	〇〇都道府県 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇		
	住民票の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申立人と同じ 〒 - 電話 () ()		
	施設・病院の 入所先	施設・病院名等 <input type="checkbox"/> 入所等していない 〒〇〇〇-3456 電話 〇〇(〇〇)1234 〇〇総合病院 静岡県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇〇号		
	フリガナ 氏名	シズオカ タロウ 静岡太郎	大正 昭和	17年7月7日生

成年後見人等候補者	住所	〒 - 電話 () 携帯電話 () FAX ()
	フリガナ 氏名	昭和 年 月 日生 平成
	職業	
	本人との関係	1 配偶者 2 父母 3 子() 4 兄・弟・姉・妹・甥・姪 5 その他()

(注) 太わくの中だけ記入してください。
※ 申立人と成年後見人等候補者が同一の場合は、□にチェックをしてください。その場合は、成年後見人等候補者欄の記載は省略して構いません。

申立ての趣旨

※1, 2, 3いずれかを○で囲んでください。

① 本人について**後見**を開始するとの審判を求める。

2 本人について**保佐**を開始するとの審判を求める。

※必要とする場合に限り、以下の当てはまる番号（(1), (2)）も○で囲んでください。

- (1) 本人のために別紙代理行為目録記載の行為について保佐人に代理権を付与するとの審判を求める。
- (2) 本人は、民法第13条1項に規定されている行為の他に、下記の行為（日用品の購入その他日常生活に関する行為を除く）をするにも、その保佐人の同意を得なければならないとの審判を求める

記

3 本人について**補助**を開始するとの審判を求める。

※必ず、以下の当てはまる番号（(1), (2)）を○で囲んでください。

- (1) 本人のために別紙代理行為目録記載の行為について補助人に代理権を付与するとの審判を求める。
- (2) 本人が別紙同意行為目録記載の行為（日用品の購入その他日常生活に関する行為を除く。）をするには、その補助人の同意を得なければならないとの審判を求める。

申立ての理由及び事件の実情

本人は、 認知症 知的障害 統合失調症 その他（ ）
により判断能力が低下しているところ、
本人に、 預貯金等の管理 遺産分割 相続放棄 訴訟・調停
 不動産の管理・処分 施設入所 身上監護 保険金受領
 その他（ ）の必要が生じた。

(特記事項)

- 1 本人は、2年ほど前から認知症で総合病院に入院しているが、その症状は回復の見込みがなく、日常的に必要な買い物も1人ではできない状態である。
- 2 昨年11月に本人の兄が亡くなり、遺産分割の必要が生じたことから本件を申し立てた。
- 3 成年後見人には、本人の娘であり、経済的にも安定し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。