

受付印	補助開始の審判の取消の申立
収入印紙 800 円 予納郵便切手 3220 円	この欄に収入印紙800円分を貼る。 (貼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 年 (家) 第 号
-----	----------------------

東京 家庭裁判所 御中 平成 年 月 日	申立人の記名押印	(印)
-------------------------	----------	-----

添付書類	
------	--

申 立 人	住 所	〒 — 電話 () () 方)
	連絡先	〒 — 電話 () () 方)
	フリガナ氏名	大正昭和 年 月 日生 平成
	職 業	
	被補助人との関係	
被 補 助 人	本 籍	
	住 所	〒 — 電話 () () 方)
	連絡先	〒 — 電話 () () 方)
	フリガナ氏名	明治大正昭和 年 月 日生
	職 業	

(注) 太わくの中だけ記入してください。

申 立 て の 趣 旨

被補助人に対してした補助開始の審判を取り消すとの審判を求めます。

申 立 て の 理 由

1. 診断書（成年後見用）記載のとおり，病状が回復した。

2. その他の事由（具体的に）

(注) 太わくの中だけ記入してください。