

# 任意後見監督人選任申立書 記載例

\* ご注意 \*

申立書を作成する前に、医師に「診断書（成年後見制度用）」を作成してもらってください。

受付印	<b>任意後見監督人選任申立書</b>
収入印紙 予納郵便 予納収入 準口頭	この欄に収入印紙800円をはる。
千葉県家庭裁判所 御中 支部・出張所	申立人の 記名押印
令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	稲毛 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">稲毛</span>

日中に、裁判所から連絡がとれる電話番号を記入してください。

申立てをする裁判所は、別紙「申立てをする裁判所」で確認してください。

申立人が署名押印（記名押印）してください。押印は、認印で結構です（ただし、スタンプ式は不可）。

本籍や住民票上の住所は、戸籍謄本や住民票のとおりに入力してください。

住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 千葉県稲毛区〇〇町〇丁目〇番〇号 ( 方)		
フリガナ	イナゲ タロウ	大正	
氏 名	稲毛 太郎	昭利 〇〇年〇月〇日生 平成	
平日の昼間に連絡のつきやすい電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 電話 090 (1234) XXXXX	裁判所名で連絡しても <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 差し支える	職 業	無 職
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 四親等内の親族 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 任意後見受任者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
本 籍 (国 籍)	千葉 都 道 千葉県中央区〇〇町〇丁目〇番 府 県		
住民票上の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 千葉県中央区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ハイツ101		
実際に生活している所	<input type="checkbox"/> 申立人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住民票上の住所と同じ <input type="checkbox"/> 病院・施設等 〒 -		
病院・施設名 ( )	電話番号 ( )		
フリガナ	チバ ハナコ	大正	
氏 名	千葉 花子	男・女 昭利 〇〇年〇月〇日生 平成	

本人が実際に生活している住所を記入してください。病院や施設の場合は、その施設の名称と電話番号を記入してください。

(注) ・ 太枠の中だけ記入してください。  
 ・ □の部分には、当てはまるものにチェックをつけてください。「その他」を選んだ場合には、( )内に具体的に記入してください。

# 任意後見監督人選任申立書 記載例

申 立 て の 趣 旨
任意後見監督人の選任を求める。

申 立 て の 実 情
(申立ての理由、本人の生活状況などを具体的に記入してください。)
本人とは、8年前に将来の生活に不安を感じるとのことで、任意後見契約を締結しました。 ここ数年、判断能力が低下してきたように見受けられ、最近では日常的な買い物もできないような状態です。 そこで、締結していた任意後見契約の効力を発生させようと思ひ、任意後見監督人の選任を求めます。

任意後見監督人選任の申立についての事情を記入してください。欄が足りない場合には、別紙(A4サイズ)に追記してください。

任意後見契約公正証書を確認して記入してください。

任意後見受任者が申立人でない場合は、この欄を記入してください。

任意後見契約	公正証書を作成した公証人の所属	千葉地方 法務局	証書番号	昭和 平成 令和	〇〇年 第 〇〇〇〇 号
	証書作成年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	登記番号	第	— 号
任意後見受任者について		<input checked="" type="checkbox"/> 申立人と同じ ※下欄は記載不要です。 <input type="checkbox"/> 下欄記載の者			
任意後見受任者	住所	〒 — 電話 ( ) ( ) 方)			
	フリガナ				
	氏名	昭和 年 月 日生 平成			
	平日の昼間に連絡のつきやすい電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 電話 ( )	裁判所名で連絡しても <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 差し支える	職	業	
本人との関係	親族 <input type="checkbox"/> 直系尊属(父母・祖父母) <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 親族外 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> その他 ( )				