

受付印	補助開始の審判の取消の申立書
収入印紙 800 円 予納郵便切 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	基本事件番号 平成・令和 年(家)第 号
-----	-----------------------

福岡家庭裁判所 令和 年 月 日 支部 御中	申立人の記名押印	印
---------------------------	----------	---

添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> ※後見登記事項に変更がある場合は <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 又は <input type="checkbox"/> 登記事項証明書
------	---

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	大正昭和 年 月 日生 平成
	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、判断能力が回復した。

(注) 太わくの中だけ記入してください。