**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はできません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付印 | |  | | **（ □後見 □保佐 □補助 ）開始等申立書**  ※ 該当するいずれかの部分の□にレ点（チェック）を付してください。 | | | |
|  | | | |
| **※ 収入印紙（申立費用）をここに貼ってください。**  後見又は保佐開始のときは，８００円分  　　保佐又は補助開始＋代理権付与又は同意権付与のときは，１，６００円分  保佐又は補助開始＋代理権付与＋同意権付与のときは，２，４００円分  **【注意】貼った収入印紙に押印・消印はしないでください。**  **収入印紙（登記費用）２，６００円分はここに貼らないでください。** | | | |
| 収入印紙（申立費用） 　 　 円 |  | 準口頭 |  | 関連事件番号　　　　　　年（家　　）第　　　　　　　　号 | |
| 収入印紙（登記費用）　　　 　円 |
| 予納郵便切手　　　　　　 円 |
| 京都家庭裁判所  支部・出張所　御中  令和　 　 　年　 　月　 　日 | | | 申立人又は同手続  代理人の記名押印 | | | | 印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申  立  人 | 住所 | 〒 　　　－  電話　　　（　　　　）　　　　携帯電話　　　　（　　　　） | |
| ふりがな  氏名 |  | □ 大正  □ 昭和　　　年　 月 　 日 生  □ 平成　　　　　 （　　　　歳） |
|  |
| 本人との  関係 | □ 本人　　□ 配偶者　　□ 親　　□ 子　　□ 孫　　□ 兄弟姉妹　　□ 甥姪  □ その他の親族（関係：　　　　　　　）　 □ 市区町村長  □ その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 手  続  代  理  人 | 住所  （事務所等） | 〒 　　　－  電話　　　（　　　　）　　　　携帯電話　　　　（　　　　） | |
| 氏名 |  | |
| 本  人 | 本籍  （国籍） | 都　道  　　　 　　　府　県 | |
| 住民票上  の住所 | □ 申立人と同じ  〒 　　　－    電話　　　（　　　　） | |
| 実際に  住んでいる  場所 | □ 住民票上の住所と同じ  〒　　　 － ※ 病院や施設の場合は，所在地，名称，連絡先を記載してください。  　病院・施設名（　　　　　　　　　　　　　）電話　　　（　　　　） | |
| ふりがな  氏 　名 |  | □ 大正  □ 昭和　　　年　 月 　 日 生  □ 平成　　　　　 （　　　　歳） |
|  |
| |  | | --- | | 申　立　て　の　趣　旨  ※　該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。 | | **□**　 本人について後見を開始するとの審判を求める。 | | **□**　 本人について保佐を開始するとの審判を求める。  ※　以下は，必要とする場合に限り，該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。なお，保佐開始申立ての場合，民法１３条１項に規定されている行為については，同意権付与の申立ての必要はありません。  □　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。  □　本人が民法１３条１項に規定されている行為のほかに，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，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 | | **□**　 本人について補助を開始するとの審判を求める。  ※　以下は，少なくとも１つは，該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。  □　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。    　　□　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，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  ※　該当する部分の□にレ点（チェック）を付すとともに，具体的な事情を記載してください。 | | | 本人は，  □ 預貯金等の管理・解約　□ 保険金受取　□ 不動産の管理・処分　□ 相続手続  □ 訴訟手続等　□ 介護保険契約　□ 身上監護（福祉施設入所契約等）  □ その他（　 　　　　　　　 　）  の必要があるが，  □ 認知症　□ 統合失調症　□ 知的障害　□ 高次脳機能障害  □ 遷延性意識障害　□ その他（　　　　　 　 　　　　　 ）  により判断能力が欠けているのが通常の状態又は判断能力が（著しく）不十分である。 | | |  | ※　具体的な事情を記載してください。書ききれない場合は別紙を利用してください。 | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 成  　年  　後  　見  　人  　等  　候  　補  　者 | □ 家庭裁判所に一任　※　以下この欄の記載は不要  □ 申立人　※　申立人のみが候補者の場合は，以下この欄の記載は不要  □ 申立人以外の〔 □ 以下に記載の者　□ 別紙に記載の者 〕  住　　　所  □ 申立人  □ 家庭裁判所の選任する第三者  □ 下記の者  〒　　　　－  電 話　　　 （　　　　 ）  　携帯電話　　　 （　　　 　） | | | | 住所 | 〒 　　　－    電話　　　（　　　　）　　　　携帯電話　　　　（　　　　） | | | ふりがな  氏名 |  | □ 昭和  年　　月　　日 生  □ 平成 　　　　 （　　　　歳） | |  | | 本人との  関係 | □　親　族：□ 配偶者　　□ 親　　□ 子　　□ 孫　　□ 兄弟姉妹  □ 甥姪　　　□ その他（関係：　　　　　　　 　 ）  □　親族外：（職業：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |  | | --- | | 手続費用の上申  □　手続費用については，本人の負担とすることを希望する。  ※　手続費用は申立人の負担が原則です。ただし，申立手数料，送達・送付費用，後見登記手数料，鑑定費用については，この上申に基づき，これらの全部又は一部について，本人の負担とできる場合があります。  　※　本欄に記載した場合でも，必ずしも希望どおり認められるとは限りません。 |   ※　太わくの中だけ記載してください。  ※　該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。 | | | |