

申立書類記載例集

(任意後見監督人選任)

○申立書

- ①任意後見監督人選任申立書

○申立関係書類

- ②申立事情説明書
- ③親族関係図
- ④財産目録
- ⑤相続財産目録
- ⑥収支予定表

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。

- ※ 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。

受付印		任意後見監督人選任申立書			
		※ 収入印紙（申立費用）800円分をここに貼ってください。			
申立書を提出する裁判所		作成年月日		【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）1,400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		
収入印紙（登記費用）	円	甲 野 花 子 (印)			
予納郵便切手	円				
○○ 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			
申立人	住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○丁目○番○号		平日（午前9時～午後5時）に連絡 が取れる電話及び携帯電話の番号を 正確に記載してください。	
	ふりがな	この はな こ			
	氏名	甲 野 花 子		<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 <input type="checkbox"/> 平成 (○○ 歳)	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 四親等内の親族 () <input type="checkbox"/> 任意後見受任者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
手続代理人	住所(事務所等)	〒 - ※法令により裁判上の行為をすることができる代理人又は弁護士を記載してください。			
	氏名	電話 () ファクシミリ ()			
本人	本籍(国籍)	○○ 都 道 府 県 ○○市○○町○丁目○番地			
	住民票上の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申立人と同じ 〒 - 電話 ()			
	実際に住んでいる場所	<input type="checkbox"/> 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。 ○○県○○市○○町○丁目○番○号 病院・施設名 (○○施設○○○) 電話 ○○ (○○○)○○○			
	ふりがな	この た ろ う		<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 <input type="checkbox"/> 平成 (○○ 歳)	
氏名	甲 野 太 郎				

任意後見監督人を選任する必要がある方について記載してください。

この申立てをするに至ったいきさつや事情をわかりやすく記載してください。

申立ての趣旨

任意後見監督人の選任を求める。

申立ての理由

本人は、（※ **認知症** ）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。
※ 診断書に記載された診断名（本人の判断能力に影響を与えるもの）を記載してください。

申立ての動機

※ 該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。

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 □ 身上保護（福祉施設入所契約等）
□ その他（ ）
の必要がある。

※ 上記申立ての理由及び動機について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★に記載してください。★A4サイズの内紙をご自分で準備してください。

平成〇〇年〇月〇日に本人である甲野太郎を委任者、甲野夏男を受任者とする任意後見契約を締結した。その後、本人は、〇年程前から〇〇施設〇〇〇〇で生活しているが、本人の認知症が進行した。日常生活や買い物は支障ないが、財産管理は難しく、令和〇年〇月に本人の弟である甲野次郎が亡くなり遺産分割の必要が生じたことから、本件の申立てをした。

Table with 4 columns: 任意後見契約, 公正証書を作成した公証人の所属 (〇〇 法務局), 証書番号 (☑ 平成 〇〇年 第〇〇〇〇号), 証書作成年月日 (〇〇年〇月〇日), 登記番号 (第〇〇〇〇-〇〇〇〇号)

法人の場合には、商業登記簿上の名称又は商号、代表者名及び主たる事務所又は本店の所在地を適宜の欄を使って記載してください。

Table for 任意後見受任者 with fields: 住所 (申立人の住所と同じ), ふりがな (甲野 夏男), 氏名 (甲野 夏男), 職業 (会社員), 本人との関係 (☑ 親族: ☑ 配偶者, ☑ 子, ☑ 孫, ☑ 兄弟姉妹)

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。

※ 申立手数料，送達・送付費用，後見登記手数料，鑑定費用の全部又は一部について，本人の負担とすることが認められる場合があります。

添付書類	<p>※ 同じ書類は本人1人につき1通で足りません。審理のために必要な場合は，追加書類の提出をお願いすることがあります。</p> <p>※ 個人番号（マイナンバー）が記載されている書類は提出しないようご注意ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 申立人の戸籍謄本（全部事項証明書） <input checked="" type="checkbox"/> 本人の戸籍謄本（全部事項証明書） <input checked="" type="checkbox"/> 本人の住民票又は戸籍附票 <input checked="" type="checkbox"/> 任意後見受任者の住民票又は戸籍附票 (任意後見受任者が法人の場合には，当該法人の商業登記簿謄本（登記事項証明書）) <input checked="" type="checkbox"/> 本人の診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 本人情報シート写し <input checked="" type="checkbox"/> 本人の健康状態に関する資料 <input checked="" type="checkbox"/> 任意後見契約公正証書写し <input checked="" type="checkbox"/> 本人の登記事項証明書（任意後見契約） <input checked="" type="checkbox"/> 本人の成年被後見人等の登記がされていないことの証明書（証明事項が「成年被後見人，被保佐人，被補助人とする記録がない。」ことの証明書） <input checked="" type="checkbox"/> 本人の財産に関する資料 <input checked="" type="checkbox"/> 本人が相続人となっている遺産分割未了の相続財産に関する資料 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の収支に関する資料 <input type="checkbox"/> 任意後見受任者が本人との間で金銭の貸借等を行っている場合には，その関係書類（任意後見受任者事情説明書5項に関する資料）
------	---

申立事情説明書 (任意後見)

- ※ 申立人が記載してください。申立人が記載できないときは、本人の事情をよく理解している方が記載してください。
- ※ 記入式の質問には、自由に記載してください。選択式の質問には、該当する部分の口にチェックを付してください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

作成者の氏名 甲 野 花 子 印

(作成者が申立人以外の場合は、本人との関係： _____)

作成者（申立人を含む。）の住所

- 申立書の申立人欄記載のとおり
 次のとおり

〒 _____ - _____

住所： _____

裁判所からの電話での連絡について

平日（午前9時～午後5時）の連絡先：電話 ○○○（○○○○）○○○○

（携帯・自宅・勤務先）

- ・ 裁判所名で電話することに支障がありますか。 電話してもよい ・ 支障がある
- ・ 裁判所から連絡するに当たり留意すべきこと（電話することに支障がある時間帯等）があれば記載してください。

特になし

【本人の状況について】

1 本人の生活場所について

(1) 現在の生活場所

- 自宅又は親族宅

同居者 → なし（1人暮らし）

- あり ※ 同居している方の氏名・本人との続柄を記載してください。

(氏名： _____ 本人との続柄： _____)

(氏名： _____ 本人との続柄： _____)

(氏名： _____ 本人との続柄： _____)

最寄りの公共交通機関（※ わかる範囲で記載してください。）

（電車）最寄りの駅： _____ 線 _____ 駅

（バス）最寄りのバス停： _____ バス（ _____ 行き） _____ 下車

- 病院又は施設（入院又は入所の日：昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日）

名称： ○○施設○○○○

所在地： 〒 ○○○-○○○○

○○県○○市○○町○丁目○番○号

担当職員：氏名： ○○ ○○ 役職： ○○○○

連絡先：電話 ○○ (○○○○) ○○○○

- 障害支援区分（認定日：_____年_____月）
 区分（1・2・3・4・5・6） 非該当 認定手続中
 療育手帳（愛の手帳など）（手帳の名称：_____）（判定：_____）
 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）
 身体障害者手帳（1・2・3・4・5・6 級）
 いずれもない。

5 金銭の管理について

※ 「金銭の管理」とは、所持金の支出入の把握、管理、計算等を指します。

- 本人が管理している。
（多額の財産や有価証券等についても、本人が全て管理している。）
- 任意後見受任者、親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している。
（通帳を預かってもらいながら、本人が自らの生活費等を管理している。）
→支援者（氏名：_____ 本人との関係：_____）
支援の内容（_____）
- 任意後見受任者、親族又は第三者が管理している。
（本人の日々の生活費も含めて任意後見受任者等が支払等をして管理している。）
→管理者（氏名： 甲野 花子 本人との関係： 妻）
管理の内容（預貯金通帳の管理を含めて、金銭管理は私が行っている。）

【申立ての事情について】

1 本人について、これまで家庭裁判所の成年後見制度の手続を利用したことがありますか。

- なし
 あり → _____年_____月頃
利用した裁判所： _____家庭裁判所 _____支部・出張所
事件番号： _____年（家）第 _____号
 後見開始 保佐開始 補助開始 その他（_____）
申立人氏名： _____

2 任意後見契約の締結の経緯等

契約日 平成 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
契約場所： 公証役場 自宅 病院・施設 その他（_____）
事情（どのような経緯で任意後見契約を締結するに至ったかなど）

本人の物忘れが増えてきたので、今後の生活等について家族で話し合ったところ、夏男から、
「将来に備えて、任意後見契約を締結しておくのはどうか。」との提案があったため、任意
後見契約を締結したものである。

3 本人は任意後見契約を締結したことを記憶していますか。

※ 本人が申立人の場合は記載不要です。

- 記憶している。
 記憶していない。

4 本人には、今回の手続をすることを知らせていますか。

※ 本人が申立人の場合は記載不要です。

- 申立てをすることを説明しており、知っている。
 ⇒ 申立てについての本人の意見 賛成 反対 不明
- 申立てをすることを説明したが、理解できていない。
 申立てをすることを説明しておらず、知らない。
 その他 (_____)

5 本人の推定相続人について

(1) 本人の推定相続人について氏名、住所等をわかる範囲で記載してください。

※ 欄が不足する場合は、別紙★に記載してください。★A4サイズの用紙をご自分で準備してください。

※ 推定相続人とは、仮に本人が亡くなられた場合に相続人となる方々です。

氏 名	年 齢	続 柄	住 所
甲野 花子	〇〇	妻	〒 申立書に記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ
甲野 夏男	〇〇	子	〒 同上 <input type="checkbox"/> 本人と同じ
甲野 冬子	〇〇	子	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇号 <input type="checkbox"/> 本人と同じ
甲野 良男	〇〇	孫	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇〇号 <input type="checkbox"/> 本人と同じ
甲野 良子	〇〇	孫	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇丁目〇〇番〇号 <input type="checkbox"/> 本人と同じ

(2) (1)で挙げた方のうち、この申立てに反対の意向を示している方がいる場合には、その方の氏名及びその理由等を具体的に記載してください。

氏 名	理由等

6 本人に関し何らかの相談をし又は何らかの援助を受けた福祉機関があれば、チェックを付して、その名称を記載してください。

- 地域包括支援センター (名称: _____)
- 権利擁護センター (名称: _____)
- 社会福祉協議会 (名称: _____)
- その他 (名称: _____)
- 相談をし又は援助を受けた福祉機関はない。

7 家庭裁判所まで本人が来ることは可能ですか。

- 可能である。
- 不可能又は困難である。

理由: _____

8 本人に申立ての事情等をお伺いする場合の留意点（本人の精神面に関し配慮すべき事項等）があれば記載してください。

日程調整については、本人の入所先施設の担当〇〇さん（電話番号〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）に連絡してください。
