

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
- ⑥財産目録
- ⑦相続財産目録
- ⑧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 | |
|--|----------------|---|----------------------------------|
| <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">申立書を提出する裁判所</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">作成年月日</div> | | ※ 収入印紙（申立費用）800円分をここに貼ってください。 | |
| | | 【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 年（家）第 号 |
| 収入印紙（登記費用） | 円 | | |
| 予納郵便切手 | 円 | | |
| <input type="radio"/> 家庭裁判所 <input checked="" type="radio"/> 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 | 甲 野 花 子 (印) |
| 申立人 | 住所 | 〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○丁目○番○号 電話 ○○(○○○○)○○○○ 携帯電話 ○○○(○○○○)○○○○ | |
| | ふりがな | こうの はな こ | |
| | 氏名 | 甲 野 花 子 | |
| | 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 | こうの た ろ う | |
| 氏名 | 甲 野 太 郎 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 ○ 月 ○ 日 生 <input type="checkbox"/> 平成 (歳) | |

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。

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 ○○ (○○○○) ○○○○

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： 〇〇〇 線 〇〇〇 駅

（バス）最寄りのバス停： バス（ 行き） 下車

(2) 転居，施設への入所や転院などの予定について

※ 申立後に転居・入院・転院した場合には，速やかに家庭裁判所までお知らせください。

予定はない。

予定がある。（ 転居 施設への入所 転院）

時期：令和 年 月頃

施設・病院等の名称：

転居先，施設・病院等の所在地：〒 -

2 本人の略歴（家族関係（結婚，出産など）及び最終学歴・主な職歴）をわかる範囲で記載してください。

| 年 月 | 家族関係 | 年 月 | 最終学歴・主な職歴 |
|------|-------|------|-----------|
| 昭〇・〇 | 出生 | 昭〇・〇 | 〇〇学校を卒業 |
| 昭〇・〇 | 花子と婚姻 | 昭〇・〇 | 〇〇株式会社に就職 |
| . | | 平〇・〇 | 同退職 |
| . | | . | |
| . | | . | |

3 本人の病歴（病名，発症時期，通院歴，入院歴）をわかる範囲で記載してください。

病 名： 認知症

発症時期：平成 〇 年 〇 月頃

通院歴：平成 〇 年 〇 月頃 ~ 年 月頃

入院歴：年 月頃 ~ 年 月頃

病 名：

発症時期：年 月頃

通院歴：年 月頃 ~ 年 月頃

入院歴：年 月頃 ~ 年 月頃

4 福祉に関する認定の有無等について

※ 当てはまる数字を○で囲んでください。

介護認定（認定日：平成 〇 年 〇 月）

要支援（1・2） 要介護（1・2・**③**・4・5）

非該当 認定手続中

