|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付印 | |  | **後見人・保佐人・補助人　辞任申立書** | | |
|  | | |
| （収入印紙欄）申立手数料として８００円分の収入印紙を貼ってください。  ※　貼った印紙に押印しないでください。  ※　登記手数料としての収入印紙は貼らずにそのまま提出してください。 | | |
| 収入印紙（申立費用）　 円 |  | 準口頭 |  | 関連事件番号平成・令和　　　年（家　　）第　　　　　　　　号 |
| 収入印紙（登記費用）　 　 円 |
| 予納郵便切手　　 　　　 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 長 崎 家 庭 裁 判 所  □　　　　　　　支部・出張所　御中  　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 申立人の  記名押印 | 印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添 付 書 類 | 申立事情説明書，財産目録等 |  |
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  立  人 | 住　　　所 | 〒 　　　－  電 話　　　　(　　　　)  携帯電話　　　　(　　　　)  　　（　　　　　　　方）　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ　　　　(　　　　) | | | |
| フリガナ  氏　　　名 |  | | 大正  昭和　　　 年　 月　 日 生  平成 | |
|  | |  | |
| 成年被後見人  被保佐人  被補助人 | 本　　　籍 | 都　道  府　県 | | | |
| 住 民 票 上  の　住　所 | □申立人と同じ　〒 　　　－　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　方） | | | |
| 施設・病院  の入所先 | 施設・病院名等  □入所等していない  〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　　　（　　　　） | | | |
|
|
|
|
| フリガナ  氏　　　名 |  | 男・女 | 明治  大正  昭和 年　　　月　　　日 生  平成 | |
| 成年後見人  保佐人  　補助人  候補者 | □家庭裁判所の選任する第三者　　　□次の者 | | | | |
| 住　　　所 | 〒 　　　－  電 話　　　　(　　　　)  携帯電話　　　　(　　　　)  ＦＡＸ　　　　(　　　　) | | | |
| フリガナ  氏　　　名 |  | | | 昭和　　　 年　　　月　　　日生  平成 |
|
| 本　人　と  の　関　係 | １　　配偶者　　２　父母　　３　子（　　　　　）　４　　兄　弟　姉　妹　甥　姪  　　５　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

（注）太わくの中だけ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申立ての趣旨 | |
| 1,2,3いずれか  を○で囲んでく  　ださい。 | １　申立人が成年被後見人の成年後見人を辞任することを許可するとの審判を求める。 |
| ２　申立人が被保佐人の保佐人を辞任することを許可するとの審判を求める。 |
| ３　申立人が被補助人の補助人を辞任することを許可するとの審判を求める。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申立ての理由 | | | | |
| 申立人は，  □老齢  □疾病  □身体障害  □遠隔地での職務従事  □その他（　　　　　　　　　　　　）  　のため，職務を適正に行うことが困難となった。  よって，申立ての趣旨のとおりの審判を求める。 | | | 詳しい事情を以下に記入してください。 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  | | |  |
| 費　用　上　申 | | □　本件手続費用については，成年被後見人・被保佐人・被補助人の負担とすることを希望する。  ※　費用上申については，成年後見申立ての手引２１ページを参照してください。 | |  |
|  |