

受付印	
収入印紙	800 円
予納郵便切手	3270 円

保佐開始の審判の取消の申立

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		関連事件番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年(家)第	号
-----	--	---	--------	---

東京 家庭裁判所 <input type="checkbox"/> 立川支部 御中 令和 年 月 日	申立人の記名押印	印
--	----------	---

添付書類	
------	--

申 立 人	住 所	〒 —	電話 ()	() 方)
	連絡先	〒 —	電話 ()	() 方)
	フリガナ 氏 名	大正昭和 平成 年 月 日生		
	職 業			
	被保佐人との 関係			
被 保 佐 人	本 籍			
	住 所	〒 —	電話 ()	() 方)
	連絡先	〒 —	電話 ()	() 方)
	フリガナ 氏 名	大正昭和 平成 年 月 日生		
	職 業			

(注) 太わくの中だけ記入してください。

申 立 て の 趣 旨

被保佐人に対してした保佐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，病状が回復した。

2. その他の事由（具体的に）

(注) 太わくの中だけ記入してください。