

## 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**



(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： **〇〇施設〇〇〇〇**

所在地： 〒 **〇〇〇-〇〇〇〇**

**〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号**

担当職員：氏名： **〇〇 〇〇** 役職： **〇〇〇〇**

連絡先：電話 **〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇**

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

- 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   | 〒<br>申立書に記載のとおり<br><input type="checkbox"/> 本人と同じ             |
| 甲野 夏男 | 〇〇  | 子   | 〒<br>同上<br><input type="checkbox"/> 本人と同じ                     |
| 甲野 冬子 | 〇〇  | 子   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇号<br><input type="checkbox"/> 本人と同じ  |
| 甲野 良男 | 〇〇  | 孫   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇丁目〇番〇〇号<br><input type="checkbox"/> 本人と同じ |
| 甲野 良子 | 〇〇  | 孫   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市〇丁目〇〇番〇号<br><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。

\_\_\_\_\_