| 受付印 | |
|---|---|
| 収入印紙　　円 | |
| 予納郵便切手　　円 | |

# 保　護　者　選　任（等）申　立　書

（この欄に収入印紙を貼ってください。
保護者選任のみの場合800円分
保護者の順位の変更＋保護者の選任の場合1,600円分）

（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　平成　　年（家　　）第　　号 |
|---|---|---|

| 家庭裁判所<br>御中<br>平成　　年　　月　　日 | 申立人の<br>記名押印 | 印 |
|---|---|---|

| 添付書類 | （同じ書類は1通で足ります。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。）<br>□ 事件本人の戸籍謄本（全部事項証明書）<br>□ 保護者候補者の戸籍謄本（全部事項証明書）<br>□ 事件本人の診断書（医師にこの申立書の２ページ目の「診断欄」に記入してもらっても結構です。）<br>□ |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申立人 | 住所 | 〒　－　　電話　（　　）<br>（　　方） | | | |
| | フリガナ<br>氏名 | | 大正<br>昭和<br>平成　年　月　日生<br>（　　歳） | 職業 | |
| | 事件本人との関係 | ※事件本人の……　1　直系尊属（父母・祖父母）　2　直系卑属（子・孫）　3　兄弟姉妹<br>4　市町村長　5　精神科病院の管理者　6　その他（　　） | | | |
| 事件本人 | 本籍<br>（国籍） | 都道<br>府県 | | | |
| | 住所 | 〒　－　　電話　（　　）<br>（　　方） | | | |
| | フリガナ<br>氏名 | | 大正<br>昭和<br>平成　年　月　日生<br>（　　歳） | 職業 | |
| | 病名 | | 入院又は<br>治療病院名 | | |

（注）　太枠の中だけ記入してください。　※の部分は，当てはまる番号を○で囲み，６を選んだ場合には，（　　）内に具体的に記入してください。



(942070)

| 申立ての趣旨 |
|---|
| □ 保護者の順位の変更及び<br>保護者の選任を求める。 |

| 申立ての理由 | |
|---|---|
| 申立ての原因 | 申立ての動機 |
| ※<br>1 法定の保護者（後見人・保佐人・配偶者・親権を行う者）がない。<br>2 法定の保護者はあるが，その者が次の者に当たり保護者となれない。<br>(1) 行方不明者<br>(2) 事件本人と訴訟をした者並びにその配偶者・直系血族<br>(3) 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人，保佐人，補助人<br>(4) 破産者<br>(5) 成年被後見人・被保佐人<br>(6) 未成年者<br>(7) その他<br>〔　　〕 | ※<br>事件本人の<br>1 治療を受けさせるため<br>2 入院の同意を与えるため<br>3 その他<br>〔　　〕 |

扶養義務者（配偶者・親権者を除く。）〔保護者として適任と思われる者を○で囲む。〕

| 氏名 | 住所 | 年齢 | 事件本人との関係 | 職業 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| 診断欄 | | | 診断医 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 患者氏名 | | | 所属病院名 | |
| | 病名 | | | 氏名印 | 印 |
| | 診断年月日 | 平成　年　月　日 | | | |

（注） 太枠の中だけ記入してください。
保護者の順位の変更も求める場合は，申立ての趣旨欄の□にチェックしてください。
※の部分は，当てはまる番号を○で囲み，申立ての原因欄の2の(7)又は申立ての動機欄の3を選んだ場合には，（　）内に具体的に記入してください。
診断欄及び診断医欄は医師に記入してもらってきてください。