

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はできません。

受付印		<b>( <input checked="" type="checkbox"/>後見 <input type="checkbox"/>保佐 <input type="checkbox"/>補助 ) 開始等申立書</b> <small>※ 該当するいずれかの部分の□にシ点 (チェック) を付けてください。</small>	
収入印紙 (申立費用) 円 収入印紙 (登記費用) 円 子納郵便切手 円		<b>※ 収入印紙 (申立費用) をここに貼ってください。</b> 後見又は保佐開始のときは、800円分 保佐又は補助開始+代理権付与又は同意権付与のときは、1,600円分 保佐又は補助開始+代理権付与+同意権付与のときは、2,400円分 <b>【注意】 貼った収入印紙に押印・消印はしないでください。</b> 収入印紙 (登記費用) 2,600円分はここに貼らないでください。	
		準口頭 関連事件番号	あなたの お名前を 記入し、 押印して ください (認印可)
東京家庭裁判所本庁 御中 令和 年 月 日		申立人又は同手続 代理人の記名押印	印
書類の提出日を記入してください (郵送の場合は発送日)		0000 区〇〇町 1-2-3	
立 人	ふりがな	電話 090 - 0000 - 0000      電話 (予備) - -	
	氏 名	後見 太郎	書類の提出日時点の年齢 昭和50年(1975年) 01月01日 (      歳 )
本人との 関 係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他の親族 (関係: <input type="checkbox"/> その他 (      )	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 市区町村長	
手 続 代 理 人	住 所 (事務所等)	〒 - - 電話 (      )      携帯電話 (      )	
	氏 名		
本 人	本 籍 (国籍)	東京都千代田区〇〇町12345	
	住民票上 の 住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申立人と同じ 〒 - - 電話 - -	
	実 際 に 住 っ て いる 場 所	<input checked="" 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。	
	ふりがな	病院・施設名 (      ) 電話	書類の提出日時点の年齢 昭和10年(1935年) 12月01日 (      歳 )
氏 名	後見 花子		

## 申立ての趣旨

※ 該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。

本人について**後見**を開始するとの審判を求める。

本人について**保佐**を開始するとの審判を求める。

※ 以下は、必要とする場合に限り、該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。なお、保佐開始申立ての場合、民法13条1項に規定されている行為については、同意権付与の申立ての必要はありません。

本人のために別紙代理行為目録記載の行為について**保佐人に代理権を付与する**との審判を求める。

本人が民法13条1項に規定されている行為のほか、下記の行為（日用品の購入その他日常生活に関する行為を除く。）をするにも、**保佐人の同意を得なければならない**との審判を求める。

記

本人について**補助**を開始するとの審判を求める。

※ 以下は、少なくとも1つは、該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。

本人のために別紙代理行為目録記載の行為について**補助人に代理権を付与する**との審判を求める。

本人が別紙同意行為目録記載の行為（日用品の購入その他日常生活に関する行為を除く。）をするには、**補助人の同意を得なければならない**との審判を求める。

## 申立ての理由

※ 該当する部分の□にレ点（チェック）を付すとともに、具体的な事情を記載してください。

本人は、

預貯金等の管理・解約  保険金受取  不動産の管理・処分  相続手続

訴訟手続等  介護保険契約  車上監護（福祉施設入所契約等）

その他（ ）  
の必要があるが、**「その他」を選んだ場合はその内容を手書きしてください**

認知症  統合失調症  知的障害  遷延性意識障害  その他（ ）  
の判断能力が欠けているのか、通常の状態又は判断能力が（若しくは）不十分である。

※ 具体的な事情を記載してください。書ききれない場合は別紙を利用してください。

本人は平成30年頃から認知症を発症し、現在はその症状が重くなり日常会話は挨拶程度はできるものの意味のある会話は成立しません。医師からも回復の見込みはないと言われており、日常の買い物など一人ではできません。現在は申立人と同居をし自宅で生活していますが家族の介護だけでは十分ではないため、介護付きの施設に入所をしたいと考えています。そのためには本人名義の別荘について不動産処分の必要性が生じました。成年後見人には本人の財産管理を長く適切に行ってきた申立人を選んで頂きたいと思います。申立人は自身の財産状況も十分にあり健康状態も良好です。

### 【保佐/補助の場合の例】

本人は軽度の知的障害があり現在は自宅で一人暮らしです。日常の買い物程度は一人で出来ますが銀行の手続きや契約書類などは理解できません。この度本人母が亡くなり相続手続きの必要が生じました。

補助人には今までも本人の財産管理を手伝い、本人の近所に住み週末を一緒に過ごしている本人妹である申立人を選任して頂きたいです。本人はまだ40歳と若く身体は丈夫であるため長い期間の手続きになると予想されます。そのため補助人報酬が発生する専門家を選任されると本人の財産が減ってしまいます。本人も申立人以外にお金や生活を管理されることは嫌だと言っています。申立人は報酬は不要です。ただし申立人が補助人に選ばれた場合、母の相続手続きにおいては本人と利益が相反するため特別代理人の選任申立てを行う予定です。

