

申立て後は、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ができません。

受付印	
貼用収入印紙	円
予納郵便切手	円
予納収入印紙	2600 円

(<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助) 開始 申立書	
(この欄に収入印紙を貼る。)	
【注意】収入印紙(登記用)は貼らずにそのまま提出する。	
後見又は保佐開始のとき	800円分
保佐又は補助開始+同意権のとき	1600円分
保佐又は補助開始+代理権のとき	1600円分
保佐又は補助開始+同意権+代理権のとき	2400円分

大阪家庭裁判所 御中	申立人の 署名押印 又は記名押印	(印)
平成 年 月 日		

申 立 人	本籍	都道 府県
	住所	〒 - 電話 () 携帯 ()
	ふりがな 氏名	大正 昭和 年 月 日生 (男・女) 平成
	連絡先 (勤務先等)	勤務先名 (※裁判所名で電話してもよい・差し支える) 連絡先電話 ()
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他の親族(親族) <input type="checkbox"/> 法定後見人等 <input type="checkbox"/> 任意後見人等 <input type="checkbox"/> 検察官 <input type="checkbox"/> 市町村長
本 人	本籍	都道 府県
	住民票上 の住所	〒 -
	実際に 住んで いる所	〒 - ※病院や施設の場合は所在地と名称を記載してください。 病院・施設名 () 電話 () 携帯 ()
	ふりがな 氏名	明治 大正 昭和 年 月 日生 (男・女) 平成
	職業	

※ 太枠の中を記入してください。

該当する部分の口(チェック)を加え、()に該当する事項を記入してください。

申 立 て の 趣 旨

本人について (後見 保佐 補助) を開始するとの審判を求める。

申 立 て の 実 情

申立て の動機 (あてはまる ものすべて に、チェック してください)	<input type="checkbox"/> 財産の管理・処分 <input type="checkbox"/> 預貯金の払出し、解約 <input type="checkbox"/> 保険金の受領 <input type="checkbox"/> 不動産の処分 (<input type="checkbox"/> 居住用不動産の売却 <input type="checkbox"/> 居住用以外の不動産の売却) <input type="checkbox"/> 訪問販売等の契約の取消 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 遺産分割協議 <input type="checkbox"/> 訴訟手続等 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 調停 <input type="checkbox"/> 相続放棄 <input type="checkbox"/> 自己破産 <input type="checkbox"/> 訪問販売等の契約の取消 <input type="checkbox"/> 交通事故の示談など <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介護保険契約 <input type="checkbox"/> 身上監護 <input type="checkbox"/> 施設入所の契約締結 <input type="checkbox"/> 病院入院の契約締結 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他
--	---

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

候補者について	<input type="checkbox"/> 申立人が相当である。(詳細は、候補者照会書のとおり) <input type="checkbox"/> 下記の者が相当である。(詳細は、候補者照会書のとおり) <input type="checkbox"/> 裁判所の選任する第三者を希望する。
---------	---

候補者※	住所	〒	—	電話 ()	携帯 ()
	ふりがな氏名			(男 ・ 女)	昭和 年 月 日生 平成
	職業(連絡先)			勤務先電話 ()	
	本人との関係	親族 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他の親族 (続柄) 親族外 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※候補者が選ばれるとは限りません。