

記入例 保護者の順位の変更も求める場合

申立書を提出する裁判所

作成年月日

受付印		保 護 者 選 任 (等) 申 立 書	
収入印紙		この欄に収入印紙をはる。 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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">印紙</div> (はった印紙に押印しないでください。)	
円			
予納郵便切手	円		

準口頭	関連事件番号	平成	年(家)	第	号
-----	--------	----	------	---	---

<input type="radio"/> 家庭裁判所 御中 平成 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	申立人の 署名押印 又は記名押印	東山花子 印
---	------------------------	--

添付書類	(同じ書類は1通で足りません。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。) <input type="checkbox"/> 事件本人の戸籍謄本(全部事項証明書) <input type="checkbox"/> 保護者候補者の戸籍謄本(全部事項証明書) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/>
------	--

平日の日中に連絡のつく番号を記入してください。(携帯電話でも構いません。)

裁判所から連絡がとれるように正確に記入してください。

精神障害者本人につき記入してください。

診断欄に記載されている病名を記入してください。

申立人	住所	〒000-0000 電話 00(0000)0000 00県00市00町00丁目0番地 (0000方)	
	フリガナ氏名	ヒガシヤマ ハナコ 東山花子	明治大正昭和平成 00年00月00日生 職業 なし
事件本人との関係	※事件本人の…… <input checked="" type="radio"/> 1 直系尊属(父母・祖父母) <input type="radio"/> 2 直系卑属(子・孫) <input type="radio"/> 3 兄弟姉妹 <input type="radio"/> 4 市町村長 <input type="radio"/> 5 精神科病院の管理者 <input type="radio"/> 6 その他()		
事件本人	本籍	00都道府県00市00町00丁目0番地	
	住所	〒000-0000 電話 00(0000)0000 申立人の住所と同じ (方)	
	フリガナ氏名	ヒガシヤマ 一郎 東山一郎	明治大正昭和平成 00年00月00日生 職業 会社員
病名	躁うつ病	入院又は治療病院名	00病院

(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。

先順位者の保護者がその義務を行うことができない
 事情を記入してください（その事情を証する資料
 （診断書など）があれば提出してください。）。

申 立 て の 趣 旨	
<input checked="" type="checkbox"/>	保護者の順位の変更及び 保護者の選任を求める。

申 立 て の 実 情	
申 立 て の 原 因	申 立 て の 動 機
※ 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。 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。 (1) 行方不明者 (4) 破産者 (2) 事件本人と訴訟をした者並びに その配偶者・直系血族 (5) 成年被後見人・被保佐人 (3) 家庭裁判所で免ぜられた法定代 理人、保佐人、補助人 (6) 未成年者 (7) その他 [配偶者と事実上離婚 状態にあり保護者の 任務を行使できない。]	※ 事件本人の ① 治療を受けさせるため 2 入院の同意を与えるため 3 その他 []

1又は2に該当しないときは
 ここに簡単に記入してください。

扶養義務者とは、精神障害者の
 父母・子・兄弟姉妹などです。

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 東山花子	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	67	母	なし	
2 東山春夫	同上	40	兄	公務員	
3 東山夏子	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	35	妻	なし	
4					
5					

該当する人を二人以上記入して
 ください（順位変更も求める場
 合には配偶者や親権者も記入し
 てください）。

診 断 欄	患者氏名	東山 一郎		診 断 医	所 属 病 院 名	〇〇病院
	病 名	躁うつ病			氏 名 印	丙山太郎 (印)
	診 断 年 月 日	平成 〇 年 〇 月 〇 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、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ください。

診断医に直接記入及び押印してもらってください。
 ただし、別に診断書を添付する場合には記入不要です。
 保護者 (2/2)