第１号様式別紙

１　申立ての目的

該当する□にチェックをつけてください。（複数回答可）

その他に後見人等が選任された場合に予定されていることがあれば、それも記入

□ 預貯金の解約 又は □ 保険金の受取り

□ 遺産分割協議 又は □ 相続放棄

　（被相続人　　　　　　　　　本人との関係　　　　　　　年　　月　　日死亡）

□ 財産の購入，建物の建築・リフォーム等

□ 金銭の借入れ（本人の不動産に担保を設定するのみの場合を含む。）

□ 不動産の処分等（□売却　□賃貸　□抵当権等設定　□　　　　　　　　　）

□ 不動産以外の財産（動産，株式・社債等）の処分等

□ その他の財産管理（年金・賃料等の受領，医療費・介護費用・税金の支払い等）

□ 施設入所 又は 福祉サービス契約

□ 裁判所の手続（調停，訴訟等）

□ その他

【上記の具体的な内容】

２　本人の生活状況

（１）現在の生活場所

　　　□　病院、老人ホーム等の施設で生活している。

　　　　施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　入院日：　　　　年　　月　　日

 　所在地：

 電話：　　　（　　　　）

　　　□　自宅又は親族宅で生活している。

　　　　（同居者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）介護の状態（要支援状態・要介護状態区分１・２・３・４・５）

　　　□　介護保険サービスを利用している

　　　□　親族が介護している

　　　　　（介護者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　□　介護は受けていない。

３　本人の現在の状態

　（１）日常生活の状態について

□ 身の回りのことは、ほぼ自分でできる。

□ 寝起きはできるが、食事、排泄などの世話を必要とする。

□ ほとんど横になっており、食事、排泄など全面的に介護を要する。

□ 寝たきりである。

（２）会話、意見陳述の能力について

□ 成年後見制度や申立ての趣旨を理解し、意見を述べることができる。

□ 日常会話程度は可能であるが、後見制度や申立ての趣旨を理解したり、自分の意見を述べることができない。

□ 脈絡なく言葉を発する程度で他者と意思疎通できない。

□ 言葉を全く発しない。言葉を理解できない。

　（３）本人の記憶について

① 最近の記憶

□ 出来事については，だいたい記憶している。

□ 少し時間がたつと，出来事を忘れている。

□ １，２分前の出来事や会話の内容を忘れている。

□ 記憶はまったくできない。

②自分の財産について

□ すべて把握している。

□ 一部を把握している。

□ 一切把握していない。

　（４）本人の財産管理能力について

□ 一人で日常生活をするのに問題はないが，重要な財産行為（不動産や自動車などの売買，自宅の増改築，金銭の貸し借りなど）については，誰かが代わりにやるほうがよい。

□ 一人で日常の買い物などはできるが，重要な財産行為については，自分ではできない。

□ 一人で日常の買い物などをすることができない。

（５）本人を裁判所まで連れてくることは

□ 可能である。

□ 不可能、または容易には連れてくることができない。

不可能である場合の理由：

４　本人の財産を管理しているのは誰ですか。

□ 本人自身

□ その他（氏名及び本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ 誰が管理しているのかわからない。

５　本人はこの申立てがされることを知っていますか。

□　知っている。

本人は、後見人等をつけることに同意していますか。

□　同意している。

□　同意していない。（理由　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　分からない（本人が理解できない場合を含む）。

候補者が後見人等になることについての本人の意向はどうですか。

□　賛成している。

□　反対している。　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　分からない（本人が理解できない場合を含む）。

□　知らない（その主な理由は次のとおりである）。

□　本人は理解できる状態にない。

□　本人は理解できる状態だが、知らせていない。

□　本人は理解できる状態だが、本人が申立てに反対すると思うので，知らせていない。

□　その他（ 　　　　　 　 ）

６　生活歴（出生、学歴、職歴、結婚、出産等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  年月日 |  学歴・職歴 |  年月日 |  身分の変動，家族関係 |
|  |  出生 |  |  □結婚・□養子縁組・ |
|  |  中学校卒業 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

７　既往歴、現病歴

病名、認知症や障害の発現時期、受傷時期、受診時期、その後の通院・入院歴等

８　医師の診断書及び鑑定

　（１）診断書を作成する医師　　なし　あり（下欄記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　 |
| ふりがな氏名 |  | 電話 |

（２）診断書を作成した医師が鑑定を引き受けてくれる　　可　不可　不明

９　本人の親族について

（１）親族の有無　いない　いる（□配偶者　□子　□兄弟　□両親　□甥、姪）

　　　分かる本人の家族・親族（兄弟、甥、姪）の氏名、住所などを記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏　名 |  年齢 | 住　　所電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（２）その他の情報

１０　後見人等候補者　なし　あり（ありは下欄記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 居住地 | 〒 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| ふりがな氏名 |  | 大正昭和平成 |  　　年　 　月　 　日生 |
| 職業 | 弁護士　司法書士　社会福祉士　その他 |  本人との関係 |
| 勤務先 | 〒 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |