

## 申立事情説明書

- ※ 申立人が記載してください。申立人が記載できないときは、本人の事情をよく理解している方が記載してください。
- ※ 記入式の質問には、自由に記載してください。選択式の質問には、該当する部分の口にチェックを付してください。

令和 年 月 日

作成者の氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(作成者が申立人以外の場合は、本人との関係： \_\_\_\_\_)

作成者（申立人を含む。）の住所

- 申立書の申立人欄記載のとおり  
 次のとおり

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

裁判所からの電話での連絡について

平日（午前9時～午後5時）の連絡先：電話 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）  
(携帯・自宅・勤務先)

- ・ 裁判所名で電話することに支障がありますか。 電話してもよい 支障がある
- ・ 裁判所から連絡するに当たり留意すべきこと（電話することに支障がある時間帯等）があれば記載してください。

### 【本人の状況について】

#### 1 本人の生活場所について

(1) 現在の生活場所について

- 自宅又は親族宅  
同居者 →  なし（1人暮らし）  
 あり ※ 同居している方の氏名・本人との続柄を記載してください。  
(氏名： \_\_\_\_\_ 本人との続柄： \_\_\_\_\_ )  
(氏名： \_\_\_\_\_ 本人との続柄： \_\_\_\_\_ )  
(氏名： \_\_\_\_\_ 本人との続柄： \_\_\_\_\_ )

最寄りの公共交通機関（※ わかる範囲で記載してください。）

（電車）最寄りの駅： \_\_\_\_\_ 線 \_\_\_\_\_ 駅

（バス）最寄りのバス停： \_\_\_\_\_ バス（ \_\_\_\_\_ 行き） \_\_\_\_\_ 下車

- 病院又は施設（入院又は入所の日：昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

名称： \_\_\_\_\_

所在地：〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

担当職員：氏名： \_\_\_\_\_ 役職： \_\_\_\_\_

連絡先：電話 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

最寄りの公共交通機関（※ わかる範囲で記載してください。）

（電車）最寄りの駅：\_\_\_\_\_線\_\_\_\_\_駅

（バス）最寄りのバス停：\_\_\_\_\_バス（\_\_\_\_\_行き）\_\_\_\_\_下車

(2) 転居，施設への入所や転院などの予定について

※ 申立後に転居・入院・転院した場合には，速やかに家庭裁判所までお知らせください。

予定はない。

予定がある。（ 転居  施設への入所  転院）

時期：令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

施設・病院等の名称：\_\_\_\_\_

転居先，施設・病院等の所在地：〒\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2 本人の略歴（家族関係（結婚，出産など）及び最終学歴・主な職歴）をわかる範囲で記載してください。**

年 月	家族関係	年 月	最終学歴・主な職歴
・	出生	・	
・		・	
・		・	
・		・	
・		・	

**3 本人の病歴（病名，発症時期，通院歴，入院歴）をわかる範囲で記載してください。**

病 名：\_\_\_\_\_

発症時期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

通院歴：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 ～ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

入院歴：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 ～ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

病 名：\_\_\_\_\_

発症時期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

通院歴：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 ～ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

入院歴：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 ～ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

**4 福祉に関する認定の有無等について**

※ 当てはまる数字を○で囲んでください。

介護認定（認定日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月）

要支援（1・2）  要介護（1・2・3・4・5）

非該当  認定手続中

- 障害支援区分（認定日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月）
- 区分（1・2・3・4・5・6）       非該当       認定手続中
- 療育手帳（愛の手帳など）      （手帳の名称：\_\_\_\_\_）（判定：\_\_\_\_\_）
- 精神障害者保健福祉手帳      （1・2・3 級）
- 身体障害者手帳      （1・2・3・4・5・6 級）
- いずれもない。

## 5 本人の日常・社会生活の状況について

- 本人情報シート写しを提出する。

**※ 以下の(1)から(6)までの記載は不要です。**

- 本人情報シート写しを提出しない。

**※ 以下の(1)から(6)までについて、わかる範囲で記載してください。**

- (1) 身体機能・生活機能について

ア 食事、入浴、着替え、移動等の日常生活に関する支援の要否を記載してください。なお、自宅改修や福祉器具等を利用することで他者の支援なく日常生活を営むことができている場合には、「支援の必要はない。」にチェックを付してください。

- 支援の必要はない。
- 一部について支援が必要である。

**※ 必要な支援について具体的に記載してください。**

- 
- 全面的に支援が必要である。

イ 今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等を記載してください。

---



---

- (2) 認知機能について

日によって変動することがあるか： あり     なし

**※ 「あり」の場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでにチェックを付してください。**

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

**※ 「日常的な行為」は、食事、入浴等の日課や来訪する福祉サービス提供者への対応など、普段の本人の生活環境の中で行われるものを想定してください。**

- 意思を他者に伝達できる。  
（日常生活上問題ない程度に自らの意思を伝達できる。）
- 伝達できない場合がある。  
（正確な意思を伝えることができずに日常生活上問題を生じることがある。）

- ほとんど伝達できない。  
（空腹である、眠いなどごく単純な意思を伝えることはできるが、それ以外の意思については伝えることができない。）

- できない。  
（ごく単純な意思も伝えることができない。）

イ 日常的な行為に関する理解について

- 理解できる。  
(起床・就寝の時刻や、食事の内容等について回答することができる。)
- 理解できない場合がある。  
(上記の点について、回答できるときとできないときがある。)
- ほとんど理解できない。  
(上記の点について、回答できないことが多い。)
- 理解できない。  
(上記の点について、基本的に回答することができない。)

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- 記憶できる。  
(直前にしていたことや示したものなどを正しく回答できる。)
- 記憶していない場合がある。  
(上記の点について、回答できるときとできないときがある。)
- ほとんど記憶できない。  
(上記の点について、回答できないことが多い。)
- 記憶できない。  
(上記の点について、基本的に回答することができない。)

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- 正しく認識している。  
(日常的に顔を合わせていない家族又は友人等についても会えば正しく認識できる。)
- 認識できていないところがある。  
(日常的に顔を合わせている家族又は友人等は基本的に認識できるが、それ以外は難しい。)
- ほとんど認識できていない。  
(日常的に顔を合わせている家族又は友人等と会っても認識できないことが多い。)
- 認識できていない。  
(日常的に顔を合わせている家族又は友人・知人と会っても基本的に認識できない。)

(3) 日常・社会生活上支障となる行動障害について

※ 「行動障害」とは、外出すると戻れない、物を壊す、大声を出すなど、社会生活上、場面や目的からみて不適當な行動のことをいいます。

- 支障となる行動はない。                       支障となる行動はほとんどない。
- 支障となる行動がときどきある。       支障となる行動がある。

※ 支障となる行動の具体的内容及び頻度等を記載するとともに、当該行動について支援が必要な場合は、その支援の具体的内容を併せて記載してください。

---

---

---

---

(4) 社会・地域との交流頻度について

ア 家族・友人との交流，介護サービスの利用，買い物，趣味活動等によって，本人が日常的にどの程度，社会・地域と接点を有しているかについて，その交流する頻度を回答してください。

週1回以上     月1回以上     月1回未満

イ 交流内容について具体的に記載してください。

---

---

(5) 日常の意思決定について

※ 「日常の意思決定」とは，毎日の暮らしにおける活動に関する意思決定のことをいいます。

できる。

(毎日の暮らしにおける活動に関して，あらゆる場面で意思決定できる。)

特別な場合を除いてできる。

(テレビ番組や献立，服の選択等については意思決定できるが，治療方針等や居住環境の変更の決定は指示・支援を必要とする。)

日常的に困難である。

(テレビ番組や献立，服の選択等についてであれば意思決定できることがある。)

できない。

(意思決定が全くできない，あるいは意思決定できるかどうか分からない。)

(6) 金銭の管理について

※ 「金銭の管理」とは，所持金の支出入の把握，管理，計算等を指します。

本人が管理している。

(多額の財産や有価証券等についても，本人が全て管理している。)

親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している。

(通帳を預かってもらいながら，本人が自らの生活費等を管理している。)

→支援者(氏名：\_\_\_\_\_ 本人との関係：\_\_\_\_\_)

支援の内容(\_\_\_\_\_)

親族又は第三者が管理している。

(本人の日々の生活費も含めて第三者等が支払等をして管理している。)

→管理者(氏名：\_\_\_\_\_ 本人との関係：\_\_\_\_\_)

管理の内容(\_\_\_\_\_)

**【申立ての事情について】**

1 本人について，これまで家庭裁判所の成年後見制度の手続を利用したり，どなたかとの間で任意後見契約を締結したことがありますか。

なし

あり → \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃

家庭裁判所の成年後見制度の手続を利用したことがある。

利用した裁判所： \_\_\_\_\_家庭裁判所\_\_\_\_\_支部・出張所

事件番号： \_\_\_\_\_年(家)第\_\_\_\_\_号

後見開始     保佐開始     補助開始     その他(\_\_\_\_\_)

申立人氏名： \_\_\_\_\_

- 任意後見契約を締結したことがある。  
 公正証書を作成した公証人の所属：\_\_\_\_\_法務局  
 証書番号：\_\_\_\_\_年 第\_\_\_\_\_号  
 証書作成年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
 登記番号：第\_\_\_\_\_—\_\_\_\_\_号  
 任意後見受任者氏名：\_\_\_\_\_

**2 本人には、今回の手続をすることを知らせていますか。**

※ 本人が申立人の場合は記載不要です。

- 申立てをすることを説明しており、知っている。  
 申立てについての本人の意見  賛成  反対  不明  
 後見人等候補者についての本人の意見  賛成  反対  不明
- 申立てをすることを説明したが、理解できていない。  
 申立てをすることを説明しておらず、知らない。  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

**3 本人の推定相続人について**

- (1) 本人の推定相続人について氏名、住所等をわかる範囲で記載してください。  
 ※ 欄が不足する場合は、別紙★に記載してください。★A4サイズ用紙をご自分で準備してください。  
 ※ 推定相続人とは、仮に本人が亡くなられた場合に相続人となる方々です。具体的には、「親族の意見書について」の2をご参照ください。  
 ※ 「意見1」欄にはこの申立てに関するその方の意見について、「意見2」欄には後見人等候補者に関するその方の意見について、該当する部分の□にそれぞれチェックを付してください。(「一任」とは、家庭裁判所の判断に委ねることを指します。)

氏名	年齢	続柄	住所	意見1	意見2
			〒 <input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
			〒 <input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
			〒 <input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
			〒 <input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
			〒 <input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
			〒 <input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明

		<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
		<input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり <input type="checkbox"/> 本人と同じ	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明

(2) (1)で挙げた方のうち、この申立てに反対の意向を示している方や意向が不明な方、親族の意見書を提出していない方がいる場合には、その方の氏名及びその理由等を具体的に記載してください。

氏名	理由等
	<input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり
	<input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり
	<input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり
	<input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり
	<input type="checkbox"/> 親族の意見書記載のとおり

4 本人に関し何らかの相談をし又は何らかの援助を受けた福祉機関があれば、チェックを付して、その名称を記載してください。

- 地域包括支援センター (名称: \_\_\_\_\_)
- 権利擁護センター (名称: \_\_\_\_\_)
- 社会福祉協議会 (名称: \_\_\_\_\_)
- その他 (名称: \_\_\_\_\_)
- 相談をし又は援助を受けた福祉機関はない。

5 成年後見人等候補者がいる場合は、その方が後見人等にふさわしい理由を記載してください。また、家庭裁判所に一任する(家庭裁判所の判断に委ねる)場合には、その理由や事情(例:近隣に候補者となる親族がないなど)を記載してください。

※ 家庭裁判所の判断により、候補者以外の方を成年後見人等に選任する場合があります。

---



---



---



---

**6 家庭裁判所まで本人が来ることは可能ですか。**

- 可能である。
- 不可能又は困難である。

理由： \_\_\_\_\_

**7 本人に申立ての事情等をお伺いする場合の留意点（本人の精神面に関し配慮すべき事項等）があれば記載してください。**

---

---

---

---