

# 市町村における成年後見開始の申立事務の流れの例示(認知症高齢者・精神障害者・知的障害者)

※虐待等の緊急事案ではない場合

支援を必要とする認知症高齢者、精神障害者又は知的障害者

市町村(福祉事務所等)において支援内容を検討

支援内容が措置等である場合

認知症高齢者:老人福祉法による措置  
精神障害者:精神保健福祉法による措置  
知的障害者:知的障害者福祉法による措置

成年後見制度の利用が適切である場合

※2 日常生活自立支援事業の活用も考えられる。

戸籍調査(2親等以内の親族の有無の確認)

※1 並行して成年後見制度を利用することも考えられる。

有り

無し

※3 親族からの申立てが期待できない場合は意向調査を省略可能。

※4 利用意見調査は義務ではない。

当該親族への意向調査・利用意見調査

明らか

3親等又は4親等の親族であって審判請求をする者の存在が明らかかどうか

当該親族が支援する場合

当該親族が支援しない場合

明らかではない

当該親族による審判請求

家庭裁判所の後見・保佐・補助の開始等の審判請求(申立書の作成)

家庭裁判所による審判手続き

# 市町村における成年後見開始の申立事務の流れの例示(認知症高齢者・精神障害者・知的障害者)

※虐待事案等で迅速な対応が必要な場合は青線を参照

支援を必要とする認知症高齢者、精神障害者又は知的障害者

市町村(福祉事務所等)において支援内容を検討

支援内容が措置等である場合

認知症高齢者:老人福祉法による措置  
精神障害者:精神保健福祉法による措置  
知的障害者:知的障害者福祉法による措置

※1 並行して成年後見制度を利用することも考えられる。

成年後見制度の利用が適切である場合

※2 事案の緊急性が高い場合で、  
戸籍情報の取得が遅れる場合は、  
把握し得る情報をもって速やかに審  
判の申立てを行った上で、並行して  
戸籍調査を実施。

戸籍調査(2親等以内の親族の有無の  
確認)

有り

※3 意向調査は省略可能。必要に応じて実施。  
※4 利用意見調査は義務ではない。

当該親族への意向調査・利用意見調査

当該親族が支援する場合

当該親族が支援しない場合

当該親族による審判請求

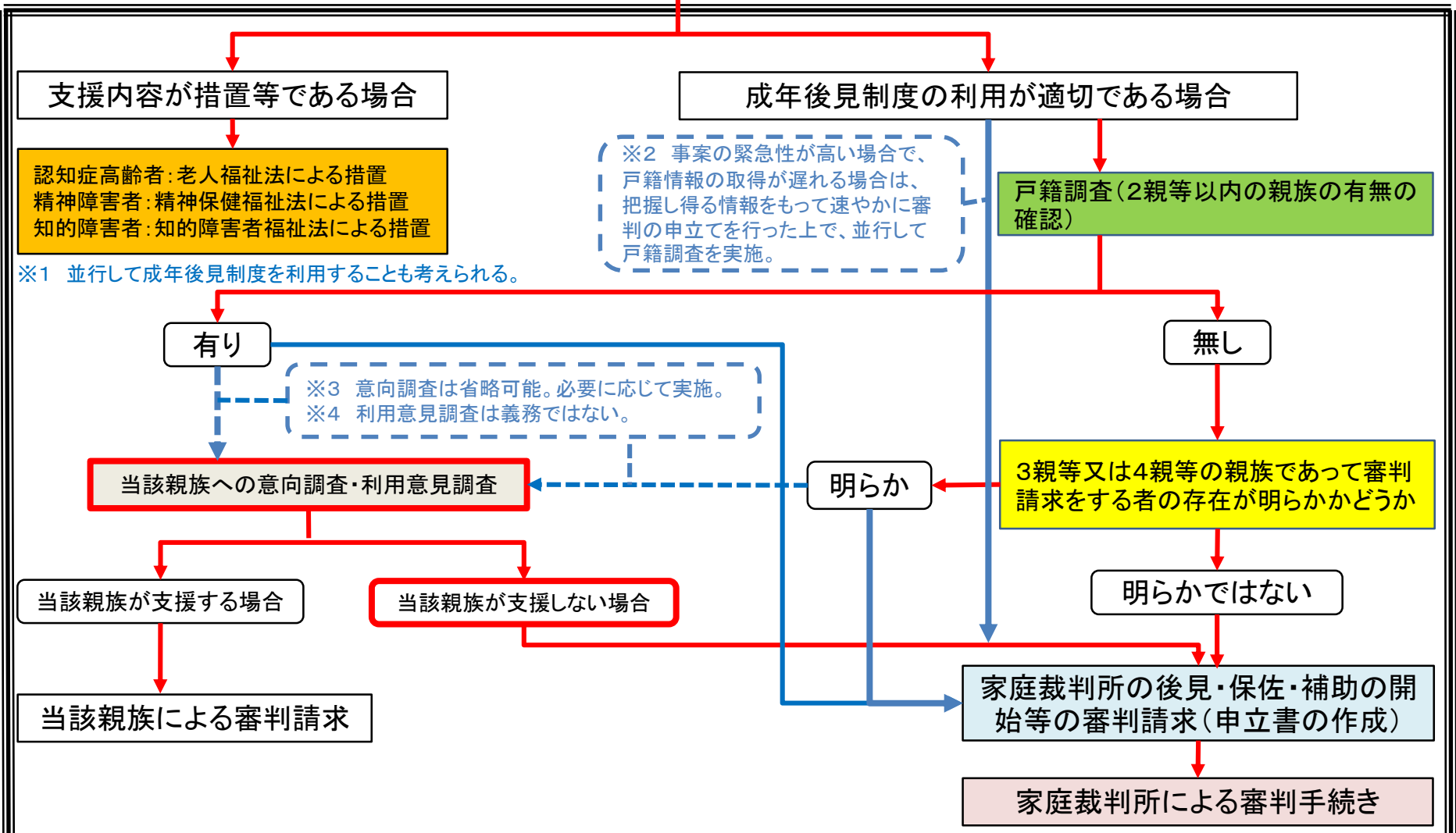
明らか

3親等又は4親等の親族であって審判  
請求をする者の存在が明らかかどうか

明らかではない

家庭裁判所の後見・保佐・補助の開  
始等の審判請求(申立書の作成)

家庭裁判所による審判手続き



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ができません。

- ※ 太わくの中だけ記載してください。
- ※ 該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。

受付印		<b>( <input type="checkbox"/>後見 <input type="checkbox"/>保佐 <input type="checkbox"/>補助 ) 開始等申立書</b>	
		※ 該当するいずれかの部分の□にレ点（チェック）を付してください。	
		<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。	
収入印紙（申立費用）	円	準口頭	関連事件番号
収入印紙（登記費用）	円		
予納郵便切手	円		
令和 年 月 日		家庭裁判所 支部・出張所 御中	申立人又は同手続 代理人の記名押印
申立人	住所	〒 -	
	電話番号	( ) 携帯電話 ( )	
	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 ( ) 歳	
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"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> その他の親族（関係： ） <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
手続代理人	住所 (事務所等)	〒 - ※法令により裁判上の行為をすることができる代理人又は弁護士を記載してください。	
	電話番号	( ) ファクシミリ ( )	
本人	本籍 (国籍)	都道府県	
	住民票上の住所	<input type="checkbox"/> 申立人と同じ 〒 - 電話 ( )	
	実際に住んでいる場所	<input 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。 病院・施設名 ( ) 電話 ( )	
	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 ( ) 歳	

## 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に、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

本人は、（※  
）により  
判断能力が欠けているのが通常の状態又は判断能力が（著しく）不十分である。  
※ 診断書に記載された診断名（本人の判断能力に影響を与えるもの）を記載してください。

## 申立ての動機

※ 該当する部分の□にレ点（チェック）を付してください。

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  身上保護（福祉施設入所契約等）  
 その他（  
）  
の必要がある。

※ 上記申立ての理由及び動機について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。★A4サイズの用紙をご自分で準備してください。

成年後見人等候補者	<input type="checkbox"/> 家庭裁判所に一任 ※ 以下この欄の記載は不要 <input type="checkbox"/> 申立人 ※ 申立人が候補者の場合は、以下この欄の記載は不要 <input type="checkbox"/> 申立人以外の〔 <input type="checkbox"/> 以下に記載の者 <input type="checkbox"/> 別紙★に記載の者 〕★A4サイズの内紙をご自分で準備してください。	
	住 所	〒 _____ _____
	ふりがな	電話 ( ) _____ 携帯電話 ( ) _____
	氏 名	<input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 歳 <input type="checkbox"/> 平成 ( ) _____
本人との関係	<input type="checkbox"/> 親 族： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> その他（関係： _____） <input type="checkbox"/> 親族外：（関係： _____）	

**手続費用の上申**

手続費用については、本人の負担とすることを希望する。

※ 申立手数料，送達・送付費用，後見登記手数料，鑑定費用の全部又は一部について、本人の負担とすることが認められる場合があります。

添付書類	<p>※ 同じ書類は本人1人につき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。</p> <p>※ <b>個人番号（マイナンバー）が記載されている書類は提出しないようにご注意ください。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 本人の戸籍謄本（全部事項証明書）</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の住民票又は戸籍附票</li> <li><input type="checkbox"/> 成年後見人等候補者の住民票又は戸籍附票 (成年後見人等候補者が法人の場合には、当該法人の商業登記簿謄本（登記事項証明書）)</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の診断書</li> <li><input type="checkbox"/> 本人情報シート写し</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の健康状態に関する資料</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の成年被後見人等の登記がされていないことの証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の財産に関する資料</li> <li><input type="checkbox"/> 本人が相続人となっている遺産分割未了の相続財産に関する資料</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の収支に関する資料</li> <li><input type="checkbox"/> (保佐又は補助開始の申立てにおいて同意権付与又は代理権付与を求める場合) 同意権，代理権を要する行為に関する資料（契約書写しなど）</li> <li><input type="checkbox"/> 成年後見人等候補者が本人との間で金銭の貸借等を行っている場合には、その関係書類（後見人等候補者事情説明書4項に関する資料）</li> </ul>
------	---

1	氏名	男・女	
	年 月 日生 ( 歳)		
	住所		
2	医学的診断		
	診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)		
	所見 (現病歴, 現症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)		
	各種検査		
	長谷川式認知症スケール	<input type="checkbox"/>	点 ( 年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可
	MMSE	<input type="checkbox"/>	点 ( 年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 実施不可
	脳画像検査	<input type="checkbox"/> 検査名: (	年 月 日実施) <input type="checkbox"/> 未実施
	脳の萎縮または損傷等の有無		
	<input type="checkbox"/> あり		
	所見 (部位・程度等) :		
	<input type="checkbox"/> なし		
	知能検査	<input type="checkbox"/> 検査名: (	年 月 日実施)
	検査結果:		
	その他	<input type="checkbox"/> 検査名: (	年 月 日実施)
	検査結果:		
	短期間内に回復する可能性		
	<input type="checkbox"/> 回復する可能性は高い	<input type="checkbox"/> 回復する可能性は低い	<input type="checkbox"/> 分からない
	(特記事項)		
3	判断能力についての意見		
	<input type="checkbox"/> 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。		
	<input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。		
	<input type="checkbox"/> 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。		
	<input type="checkbox"/> 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。		
	(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。		



判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無

障害なし  とときどき障害がみられる  頻繁に障害がみられる  いつも障害がみられる

[ ]

(2) 他人との意思疎通の障害の有無

問題なくできる  だいたいできる  あまりできない  できない

[ ]

(3) 理解力・判断力の障害の有無

・一人での買い物

問題なくできる  だいたいできる  あまりできない  できない

・一人での貯金の出し入れや家賃・公共料金の支払

問題なくできる  だいたいできる  あまりできない  できない

[ ]

(4) 記憶力の障害の有無

・最近の記憶(財布や鍵の置き場所や、数分前の会話の内容など)について

障害なし  とときどき障害がみられる  頻繁に障害がみられる  いつも障害がみられる

・過去の記憶(親族の名前や、自分の生年月日など)について

障害なし  とときどき障害がみられる  頻繁に障害がみられる  いつも障害がみられる

[ ]

(5) その他(※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[ ]

参考となる事項(本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

[ ]

※ 「本人情報シート」の提供を  受けた  受けなかった

(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

[ ]

以上のとおり診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<https://www.courts.go.jp/saiban/koukenp/>) からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の福祉関係者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します(事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)