

基礎研修

中核機関の役割 I

(地域連携ネットワーク・市町村長申立事例演習)

記入例

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はできません。

受付印		(<input checked="" type="checkbox"/>後見 <input type="checkbox"/>保佐 <input type="checkbox"/>補助) 開始等申立書 <small>※ 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。</small>	
収入印紙(申立費用) 円		<small>※ 収入印紙(申立費用)をここに貼ってください。</small> 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 【注意】貼った収入印紙に押印・消印はしないでください。 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(登記費用) 円	予納郵便切手 円	準口頭	関連事件番号 年(家)第 号
<input type="checkbox"/> 家庭裁判所 <input type="checkbox"/> 支部・出張所 御中 令和元年〇〇月〇〇日		申立大又は同手続 代理人の記名押印	S市長 〇〇 〇〇 公印
申立人	住所	〒 123-4567 S市S町1丁目1番地1	
	ふりがな	イシイノ 〇〇 〇〇	
	氏名	S市長 〇〇 〇〇	
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 checked="" type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> その他()		
手続代理人	住所(事務所等)	〒 - 電話 () 携帯電話 ()	
	氏名		
本人	本籍(国籍)	S市SS町大字S8丁目17番地	
	住民票上の住所	<input type="checkbox"/> 申立人と同じ 〒 123-9876 S市SS町大字S8丁目17番地 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 〒 123-4567 ※ 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。 S市S町2丁目32番地3 病院・施設名 (医療法人〇〇会〇〇病院) 電話 012(987)6543	
	ふりがな	田中 A子	
氏名	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 7年 〇〇月〇〇日生 <input type="checkbox"/> 平成 (87歳)		

コメントの追加 [MSOffice1]: 本人の本籍地や住民票上の住所ではなく、実際に住んでいる場所を管轄する家庭裁判所に提出します。

コメントの追加 [MSOffice2]: 市長申立の場合、市長の生年月日の記入は必要ありません。

コメントの追加 [MSOffice3]: 今回の事例の場合は、入院している病院となります。

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 ※ 申立人のみが候補者の場合は、以下この欄の記載は不要 <input checked="" type="checkbox"/> 申立人以外の [<input checked="" type="checkbox"/> 以下に記載の者 <input type="checkbox"/> 別紙に記載の者]	
	住所	〒 123-4567 S市S町5丁目10番地 ひまわりビル1階 F山法律事務所 電話 012(111)2222 携帯電話 090(2345)6789
	ふりがな	イヤマ イオ
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 49年 〇月〇〇日生 (45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 checked="" type="checkbox"/> 親族外: (職業: 弁護士)	

コメントの追加 [MSOffice6]:
F弁護士の氏名、生年月日、職種を記入します。住所については、専門職の方を候補者とする場合、事務所住所の記入が必要かどうか、管轄の家庭裁判所に確認の上で記入します。

手続費用の上申 <input checked="" type="checkbox"/> 手続費用については、本人の負担とすることを希望する。 ※ 手続費用は申立人の負担が原則です。ただし、申立手数料、送達・送付費用、後見登記手数料、鑑定費用については、この上申に基づき、これらの全部又は一部について、本人の負担とできる場合があります。 ※ 本欄に記載した場合でも、必ずしも希望どおり認められるとは限りません。
--

コメントの追加 [MSOffice7]:
今回のケースの場合、財産が多くあり、S市の利用支援事業（申立助成）の対象とならないため、手続費用を本人の負担とすることを希望する上申をチェックします。

添付書類	※ 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。 ※ 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ご注意ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の戸籍謄本（全部事項証明書） <input checked="" type="checkbox"/> 本人の住民票又は戸籍附票 <input checked="" 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）） <input checked="" type="checkbox"/> 本人の診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 本人情報シート写し <input type="checkbox"/> 本人の健康状態に関する資料 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の財産に関する資料 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の取支に関する資料 <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）
------	--

※ 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。

申立事情説明書

- ※ 申立人（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□にチェックを付してください。

令和元年〇〇月〇〇日

作成者の氏名 S市役所 福祉部 長寿介護課 主査 G田 G也 印
(作成者が申立人以外の場合は、本人との関係：市長申立担当者)

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 012(345)6789
(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・差し支える
- ・ 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： 令和元年〇〇月〇〇日）

名称：医療法人〇〇会〇〇病院

所在地：〒 123-4567

S市S町2丁目32番地3

担当職員：氏名：C川 C子 役職：医療相談員

連絡先：電話 012(987)6543

最寄りの公共交通機関（※ わかる範囲で記載してください。）

コメントの追加 [A1]:
実際の記入日を記載します。

(電車) 最寄りの駅: 〇〇 線 〇〇 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: 未定
 施設・病院等の名称: 成年後見人の選任後に調整を予定
 転居先、施設・病院等の所在地: 〒 _____ - _____

コメントの追加 [A2]:
 今回の事例では、事前のケース会議で認知症対応型のグループホームを想定していますが、具体的な調整には至っていないが施設に移る予定があるため、現状を記載しています。

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。

年月日	家族関係	年月日	最終学歴・主な職歴
昭7・0・0	出生（2人きょうだいの2番目）	・ ・	学歴、職歴の詳細は不明
昭00・0・0	田中 〇〇と婚姻	・ ・	
平00・0・0	田中 〇〇 死亡	・ ・	
・ ・		・ ・	
・ ・		・ ・	

コメントの追加 [A3]:
 わからない状況を深追いで、申立自体が遅れてしまうことのないよう、わからない状況はその旨を記載しておきます。

コメントの追加 [A4]: 戸籍謄本等から判明している事情があれば、記載します。

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: アルツハイマー型認知症
 発症時期: _____年 _____月ころ
 通院歴: 平成30年〇〇月ころ ~ _____年 _____月ころ
 入院歴: 令和元年〇月〇日 ~ _____年 _____月ころ

病名: _____
 発症時期: _____年 _____月ころ
 通院歴: _____年 _____月ころ ~ _____年 _____月ころ
 入院歴: _____年 _____月ころ ~ _____年 _____月ころ

コメントの追加 [A5]:
 今回の事例の場合、在宅時に介護認定を受けるための主治医意見書の診断時期を記載しています。

コメントの追加 [A6]:
 今回の事例の場合、大学病院に搬送されて緊急入院した日にちを記載しています。

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。
 ※ 認定資料の写しを添付してください。

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。

食事、入浴、更衣、排泄等について、促しや支援が必要な場合がある。

- 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。

自宅での独居は難しいと思われ、退院後は認知症対応型のグループホームへの入所が検討されている

(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。)

コメントの追加 [A7]:

今回の事例の場合、医療相談員Cさんが作成してくるため、実際は本人情報シートを添付し、「5」は記入しません。

このように、本人情報シートが浸透すると、市町村長申立の事務も情報が集約され、簡略化されます。なお、本演習事例では本人情報シートに記載してある内容を記載しましたので、確認してください。

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精神・行動障害について

※ 「精神・行動障害」とは、外出すると戻れない、物を壊す、衣類を破る、大声・奇声を出すなど、社会生活上、場面や目的からみて不適当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。

現在、入院中で常に支援を受けているため、「外出すると戻れない」という行動が

あるかどうか、不明

(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。

平成30年末頃までは、自治会の清掃や会合に、月に1～2回は参加していたが、入院前の2ヶ月くらいは欠席しがちであった。

コメントの追加 [A8]:
今回の事例の場合では、地域包括支援センターを通じて、民生委員に状況を確認し、記載しました。

(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。)

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。)

※ 支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等を記載してください。

本人の甥が入院前までは管理してきたが、入院の際に「面倒はこれ以上みられない」(令和元年〇月〇日)と言っており、入院費用の支払いはなく、滞納している。

【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されたり、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____月ころ

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
 (上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

3 本人の親族

- (1) 本人の推定相続人について氏名、住所等を記載してください。
 ※ 欄が不足する場合は、別紙に記載してください。
 ※ 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
〇〇 〇〇	〇〇	姉	〒 親族の意見書記載のとおり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 賛成 <input type="checkbox"/> 反対 <input checked="" type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 不明
			〒 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
			〒 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
			〒 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
			〒 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

コメントの追加 [A9]:
 今回の事例では、本人の姉が生存していることから、甥は推定相続人に当たらないため、記入していません。
 姉から意見書が返送されない場合は、「不明」にチェックをします。
 姉が反対している場合は、「反対」にチェックをします。
 その場合は、(2)に状況を記入することになります。
 なお、厚生労働省の通知でいう親族の意向調査は、「親族自身が申立を行う意思」を確認するものであり、「制度利用」や「候補者について」の意向の確認を求めるものではありません。

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

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：**S市成年後見センター**）
- 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。

- ※ 候補者がおらず、家庭裁判所が選任する第三者（弁護士などの専門家）を希望する場合は、その事情や理由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。

医療費滞納の整理に加え、在宅時に消費者被害に遭っていた可能性があること、今まで金銭管理をしていた甥が成年後見制度の利用に反対していることから、弁護士を推薦している。

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。

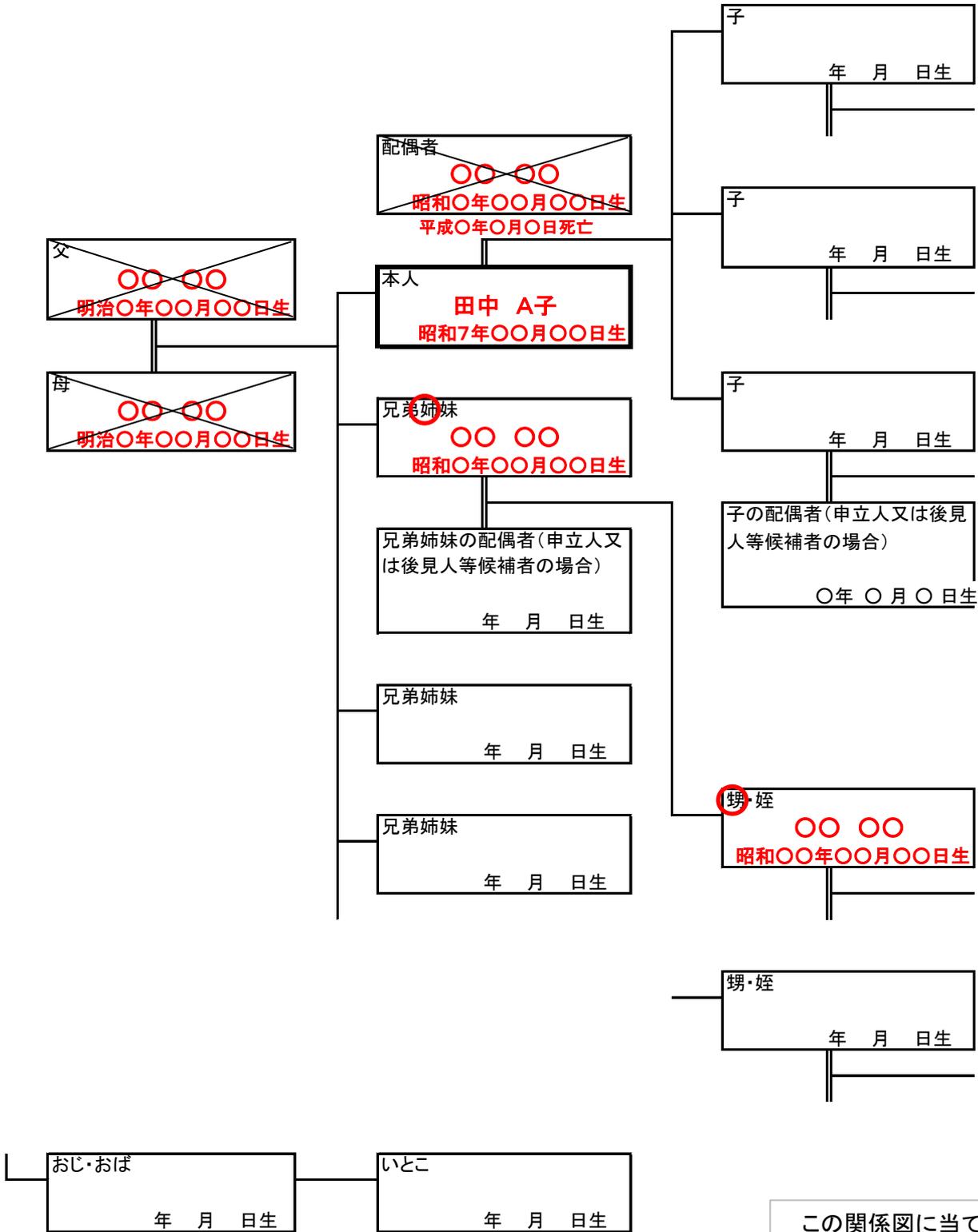
理由： 現在入院中であり、歩行が困難であることから、外出が難しい。

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。

特になし

親 族 関 係 図

- ※ 申立人及び成年後見人等候補者を必ず記載してください。
- ※ 本人の推定相続人その他の親族については、わかる範囲で記載してください。
 (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。)



この関係図に当てはまらない身分関係があり、記載が難しい場合は、この書式を参考にして、別紙 (A4サイズ) に記載してください。

財産目録

令和 元年〇〇月〇〇日

作成者氏名 **S市役所 福祉部** 印
長寿介護課 主査 G田 G也

本人（**田中 A子**）の財産の内容は以下のとおりです。

- ※ 以下の1から9までの財産の有無等について該当する□にチェックを付し、その内容を記載してください。
- ※ 以下の1から8までの財産に関する資料がある場合には、「資料」欄の□にチェックを付し、当該資料の写しを添付してください。また、財産目録との対応関係がわかるように、資料の写しには対応する番号を右上に付してください。（例：財産目録の「1 預貯金・現金」の「No. 2」の資料の写しであれば、資料の写しの右上に「財1-2」と付記してください。）
- ※ 財産の各記載欄が不足した場合には、この用紙をコピーした上で、「No.」欄の番号を連続するよう付け直してください。

1 預貯金・現金

次のとおり 当該財産はない 不明

※ 「口座種別」欄については、普通預貯金や通常貯金等は「普通」、定期預貯金や定額貯金等は「定期」の□にチェックを付してください。

No.	金融機関の名称	支店名	口座種別	口座番号	最終確認日	残高（円）	管理者	資料
1	〇〇銀行	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期	1234567	令和〇年〇月〇日	1,485,422	甥	<input checked="" type="checkbox"/>
2	〇〇信用金庫	不明	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 定期	不明		約5,000,000	本人宅	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 定期					<input type="checkbox"/>
現金（預貯金以外で所持している金銭）						3,877	〇〇病院	
合 計						約650万円程度		

今回の事例では、支援の過程において把握していたものの、自宅にあるため原本確認はできていないものとしています。成年後見人選任後に、財産調査しやすいように把握していた信用金庫名と概算額を記載しています。

2 有価証券等（株式、投資信託、国債、社債、外貨預金、手形、小切手など）

次のとおり 当該財産はない 不明

No.	種 類	株式の銘柄、証券会社の名称等	数量、額面金額	評価額（円）	管理者	資料
1						<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>
合 計						

3 生命保険、損害保険等（本人が契約者又は受取人になっているもの）

次のとおり 当該財産はない 不明

No.	保険会社の名称	保険の種類	証書番号	保険金額 (受取額) (円)	契約者	受取人	資料
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>

4 不動産（土地）

次のとおり 当該財産はない 不明

No.	所 在	地 番	地 目	地積（㎡）	備考 (現状、持分等)	資料
1	S市SS町大字S8丁目	17番	宅地	129.3		<input checked="" type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

不動産登記事項証明書、固定資産評価証明書、名寄帳、固定資産税納税通知書の原本や写しを添付します。

5 不動産（建物）

次のとおり 当該財産はない 不明

No.	所在	家屋番号	種類	床面積(m ²)	備考 (現状, 持分等)	資料
1	S市SS町大字S8丁目17番地	17番	居宅	1階 100.80 2階 99.88	自宅	<input checked="" type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>

6 債権（貸付金, 損害賠償金など）

次のとおり 当該財産はない 不明

No.	債務者名（請求先）	債権の内容	残額（円）	備考	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
合計					

7 その他（自動車など）

次のとおり 当該財産はない 不明

No.	種類	内容	評価額（円）	備考	資料
1					<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>

8 負債

次のとおり 負債はない 不明

No.	債権者名（支払先）	負債の内容	残額（円）	返済月額（円）	資料
1	〇〇病院	4ヶ月分の入院費用	144,000	0	<input checked="" type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>
合計			144,000		

今回の事例では、〇〇病院から発行された4か月分の医療費請求書の写しを添付しています。

9 遺産分割未了の相続財産（本人が相続人となっている遺産）

- 相続財産がある（相続財産目録を作成して提出してください。）
 相続財産はない（相続財産目録は作成する必要はありません。）
 不明（相続財産目録は作成する必要はありません。）

収 支 予 定 表

令和元年〇〇月〇〇日

S市役所 福祉部
作成者氏名 長寿介護課 主査 G田 G也 印

※ 以下の収支について記載し、資料がある場合には、「資料」欄の□にチェックを付し、当該資料の写しを添付してください。また、収支予定表との対応関係がわかるように、資料の写しには対応する番号を右上に付してください。(例：収支予定表の「1 本人の定期的な収入」の「No. 2 国民年金」の資料の写しであれば、資料の写しの右上に「収1-2」と付記してください。)

※ 収支の各記載欄が不足した場合には、この用紙をコピーした上で、「No.」欄の番号を連続するよう付け直してください。

1 本人の定期的な収入

No.	名称・支給者等	月 額(円)	入金先口座・頻度等	資料
1	厚生年金		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
2	国民年金(老齢基礎年金)	60,000	<input checked="" type="checkbox"/> 2か月に1回 <input checked="" type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. 1 の口座に振り込み	<input checked="" type="checkbox"/>
3	その他の年金(厚生遺族年金)	140,000	<input checked="" type="checkbox"/> 2か月に1回 <input checked="" type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. 1 の口座に振り込み	<input checked="" type="checkbox"/>
4	生活保護等()		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
5	給与・役員報酬等		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
6	賃料収入(家賃, 地代等)		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>
収入の合計(月額)=		200,000	年額(月額×12か月)=	2,400,000円

2 本人の定期的な支出

No.	品 目	月 額(円)	引落口座・頻度・支払方法等	資料	
1	生活費	食費・日用品	不明	<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
2		電気・ガス・水道代等	不明	<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
3		通信費	不明	<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
6	療養費	施設費		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
7		入院費・医療費・薬代	36,000	<input checked="" type="checkbox"/> 月に1回、滞納有	<input checked="" type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>	

11	住居費	家賃		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
12		地代		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
13				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
14				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
15				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
16	税金	固定資産税	12,500	5月、7月、12月、2月に現金払い <input checked="" type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input checked="" type="checkbox"/>
17		所得税		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
18		住民税		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
19				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
20				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
21	保険料	後期高齢保険料	400	2か月に1回(年金天引き) <input checked="" type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. 1 の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
22		介護保険料	1,950	2か月に1回(年金天引き) <input checked="" type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. 1 の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
23		生命(損害)保険料		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
24				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
25				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
26	その他	負債の返済		<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
27		こづかい			<input type="checkbox"/>
28				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
29				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
30				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
31				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
32				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
33				<input type="checkbox"/> 財産目録預貯金No. の口座から自動引き落とし	<input type="checkbox"/>
		支出の合計(月額) =	50,850円	年額(月額×12か月) =	610,200円

月額	(収入の合計) - (支出の合計) = ⊕・-	149,150円
年額	(収入の合計) - (支出の合計) = ⊕・-	1,789,800円

今後、認知症対応型グループホームを利用することになった場合には、収支はほぼ、プラスマイナス0となる予定

〒
住所

豊福相発第 号
令和 年 月 日

〇〇 〇〇 様

豊田市長 太田 稔彦

〇〇 〇〇 様の成年後見制度利用申立てについて

あなた様の 続柄 にあたる 〇〇 〇〇 様 について、以下のとおりの状況であるため、今後の対応等について意向確認をさせていただくことに、御容赦を御願いたします。

1. 〇〇 〇〇 様の近況

これまで豊田市内の自宅にて生活されておりましたが、認知機能の低下から、御自身での物事の判断や金銭管理が困難となり、現在は市内の病院に入院しております。金銭の管理・介護サービス等の契約に支障をきたしており、本人の財産を保全するためにも後見人等の選任が早急に必要な状況です。

2. 今後の対応等

成年後見制度利用の申立てができるのは、本人、配偶者、4親等以内の親族ですが、〇〇〇〇様御自身での申立てが困難であるため、親族の方で手続きをお願いいたします。

なお、親族の方による申立てが期待できない場合には、〇〇法〇〇条の規定に基づき、豊田市が申立ての手続きを進めますので、御理解と御承知のほどよろしく御願いたします。

3. 依頼事項

成年後見制度の利用申立てに関する意思確認及び万が一に備え、急変時の対応について確認させていただきます。月 日()までに別紙「意向確認書」と「急変時の対応事前確認書」に御記入の上、同封の返信用封筒にて返信をお願いいたします。

なお、期日までに御回答がない場合は、〇〇 〇〇様について全ての支援を拒否され、今後も豊田市からの連絡が不要であると判断させていただきますので、御了承ください。

※参考資料として、成年後見制度の概要を記したパンフレットを同封させていただきます。

※成年後見制度の内容や今後の手続き等について、御不明な点がございましたら下記の連絡先まで御連絡ください。

【連絡先】

豊田市役所 福祉部 福祉総合相談課
担当：地域福祉担当
TEL 0565-34-6791 (直)
FAX 0565-33-2940

意向確認書

令和 元年 月 日

豊田市長 様

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

電話番号 : _____

〇〇〇〇の成年後見制度利用申立てについて、下記のと通りの意向です。

1 成年後見制度利用申立てについて（以下、該当箇所にチェックしてください）

私が申立てを行う意向です。

私が自ら申立てを行うつもりはありません。

※こちらをチェックされた際は、ご自身で申立てが行えない理由について、
詳細な事情をご記入ください。

{ _____ }

2 利用申立てに関する今後の連絡について・・・ 必要 必要でない

上記連絡先への連絡を希望します。

別の連絡先への連絡を希望します。（下欄に記入）

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

「急変時の対応」事前確認書

令和 年 月 日

豊田市長 様

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

電話番号 : _____

〇〇 〇〇の急変時の対応について、下記のとおり回答します。(該当箇所にチェックしてください)

1 呼吸状態が悪くなった際の人工呼吸器^{※1}の装着

望む

望まない

その他 (_____)

2 心臓が止まった時、止まりかけた時の心臓マッサージ^{※2}の実施

望む

望まない

その他 (_____)

3 関係機関から情報提供を求められた場合について

緊急連絡先提供の同意 (病院や警察等から緊急連絡先を求められた場合)

同意する

同意しない

その他 (_____)

※1 呼吸しやすいように鼻や口から気管の中に管を入れ、ポンプで空気を送り人工的に呼吸を行わせる装置

※2 胸の上に手を当て、強く押しマッサージして人工的に心臓を動かすこと