|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付印 | |  | **□取消し**  **成年被後見人に宛てた郵便物等の回送嘱託の　　　　　　　申立書**  **■変　更** |
|  | |
|  | （この欄に申立手数料として１件について８００円分の収入印紙を貼ってください。）  （貼った印紙に押印しないでください。） |
| 収入印紙　　　　　８００円 |  |
| 予納郵便切手　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 後見開始の事件番号 | 平成　**○○**　　年（家）第 　 **○○○○○** 号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **○○**家 庭 裁 判 所    　支部 ・　出張所 御 中  平成**○○**　　年**○○**　月　**○○**　日 | 申立人  の記名押印 | **後　　見　　一　　郎**  印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | （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。）  □住民票（開始以降に住所の変更があった場合のみ）　　　□必要性に関する報告書  □財産管理後見人の同意書　　　□成年後見監督人の同意書　　　　□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申**  **立**  **人** | 住　　所  (事務所) | 〒**○○○**－**○○○○**　 電話 **○○○**（**○○○**）**○○○○**  **○○県○○市○○町○丁目○番○号**  （　　　　　　　　　方） |
| フリガナ  氏　　名 | **コウ　　ケン　　　イチ　　ロウ**  **後　　見　　一　　郎** |
| 本 人 と  の 関 係 | ■　郵便物等の回送を受けている成年後見人　　□　左記以外の成年後見人  　□　本人　　　　□　成年後見監督人　　　　　□ |
| **成**  **年**  **被**  **後**  **見**  **人** | 本　　籍(国　籍） | 都　道  **○○**　　　　　　　　　**○○市○○町○○○番地○**  府 |
| 住　　所 | 〒**○○○**－**○○○○**    **○○県○○市○○町○○○番地** |
| 居　　所 | 〒**○○○**－**○○○○**  **○○県○○市○○町○丁目○番○号　　○○病院** |
| フリガナ  氏　　名 | **コウ　　ケン　　　タ　　　ロウ**  **後　　見　　太　　郎** |
| **郵便物等の回送を受けている成年後見人** | 住　　所  (事務所) | （郵便物等の回送を受けている成年後見人が申立人の場合は，以下の欄は記載不要）  〒 　 － |
| フリガナ  氏　　名 |  |

（注）　太枠の中だけ記入してください。

( 1/2 )