

令和 年 月 日

大阪市 区保健福祉課長

- 3 問い合わせ先 大阪市 区保健福祉課  
電話 (担当者氏名)

(第1号様式2)

成年後見制度申立てに関する親族意向確認書

令和      年      月      日

本 人  
(氏名)                      (※市町村の担当方で記入)

枠内の内容を記入してください。

氏 名	
住 所	
電話番号	
本人との続柄	

1，2のどちらかにチェックしてください。

☐ 1    私が（※担当方で記入）様の成年後見制度開始の申立てを行います。

☐ 2    私は（※担当方で記入）様の成年後見制度開始の申立てを行う意向がありません。

⇒ 意向がない理由として、いずれかにチェックし必要箇所を記入してください。

☐ 私は次の理由で申立てを行いません。

☐高齡      ☐体調不良      ☐遠方に居住      ☐本人と付き合いがない

☐ 私は（※担当方で記入）様について成年後見制度を利用することに反対しています。

          （制度利用に反対する理由を具体的にお書きください。）

          .....

          .....

☐ その他

          .....

          .....

令和 年 月 日 現在

## 親族の申立意向確認結果一覧

	続柄	氏名	連絡方法	連絡年月日	結果	制度利用 に反対	申立意向に関する書類の有無	備考
				確認年月日				
①			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
②			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
③			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
④			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
⑤			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
⑥			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
⑦			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
⑧			<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 申立意向有 <input type="checkbox"/> 申立意向無 <input type="checkbox"/> 返信無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 意向確認書 <input type="checkbox"/> 聴取記録	
			<input type="checkbox"/> 実施せず ⇒ <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

様

大 阪 市 長

成年後見制度市長審判請求に係る診断書の作成について(依頼)

標題について、成年後見制度に係る市長審判請求を実施する必要がありますので、お忙しい中恐縮ですが、次の方の「診断書(成年後見用)」(別添)の作成について、ご協力よろしく願いいたします。

なお、診断書作成にかかる必要経費の支払いのために、「請求書」(別添)が必要となりますので、併せて作成をお願いいたします。

記

- 1 対象者氏名
- 2 住 所
- 3 生 年 月 日 年 月 日生
- 4 本人の状況

.....

.....

.....

.....

.....

.....

担当： 区保健福祉課  
電話 (担当者氏名)

(第3号様式)

令和 第 年 月 日 号

市町村長 様

大阪市 区保健福祉センター長

「戸籍謄本」等送付方について（依頼）

法に基づき、民法第 条に規定する審判の請求を行うため、次の者にかかる  
る 必要としますので、ご多忙中お手数をおかけしますが、ご送付くださるよう  
お願いします。

記

本籍(住所)			
筆頭者(世帯主名)			
必要とする者の氏名		( 年 月 日生) 及び同人の二親等内の親族	
必 要 な 書 類		備 考	
	戸 籍 謄 本	通	上記の必要とする者の二親等内の親族に関わる 戸籍謄本等で、貴課にあるものを可能な範囲で交 付願いたします。
	除 籍 謄 本	通	
	原戸籍謄本	通	
	戸籍附票(写)	通	
	住民票(写) *世帯全員、続柄・戸籍の 表示の省略のないもの	通	

担当：〒 大阪市 区  
大阪市 区役所 保健福祉課  
(職名) (担当氏名)  
電話 0 6 -  
FAX 0 6 -

(第4号様式)

令和      年      月      日

福祉局生活福祉部相談支援担当課長 様

区保健福祉課長

## 後見等開始の審判請求に係る申立関係書類の送付について

標題について、次の案件に係る一件書類を送付します。

本 人 氏 名			
住 所			
居 所			
生 年 月 日		年 齢	
審判請求の類型	後見 ・ 保佐 ・ 補助		
虐待事案である	はい	いいえ	
審判前の保全処分の申立てを行う予定である	はい	いいえ	
医師の診断と申立の類型が同じである	はい	いいえ	
申立てを行う区に本人の「住所」または「居所」がある	はい	いいえ	
「成年後見人等候補者検討会議」への参加を希望する （「はい」の場合、 <u>参加者所属・氏名</u> を記入してください。また、地域包括支援センター等他機関から連絡を受けている場合も記載してください。）	はい	いいえ	
※参加希望のある場合、開催日時等が決まり次第、区あてに通知します。			
本人及び関係者の後見人等候補者に関する意見			
(本人の意見)			
(区役所担当者の意見)			
(地域の支援者 [                      ] の意見)			
担 当 者 名		電 話 番 号	

令和      年      月      日

区保健福祉課長    様

福祉局生活福祉部相談支援担当課長

「成年後見人等候補者検討会議」の開催について(通知)

標題について、次のとおり開催しますので、関係職員の出席についてご配慮くださいますようお願いいたします。

記

1    対象事案

本   人   氏   名	
生   年   月   日	

2    日時・場所

日時      令和      年      月      日 (      )      時      分      ～

※時間が前後する場合がありますので少し前にお越しください。  
※時間に遅れる場合や、急遽欠席する場合は必ず担当まで連絡してください。

場所      市役所      階      会議室

3    その他

令和 年 月 日

様

大 阪 市 長  
(担当: 区保健福祉課)

後見等開始の審判請求に要した費用の請求について

令和 年 月 日付で、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（又は知的障害者福祉法、老人福祉法）に基づき、民法第 条に規定する審判の請求を行いました。家庭裁判所から、手続費用については本人の負担とする審判がありましたので、次のとおり審判請求に要した費用について納付してください。

1 審判請求の内容

氏 名  
住 所  
審判請求の種類  
審 判 請 求 日

2 審判請求に要した費用

申 立 手 数 料	円
登 記 手 数 料	円
鑑 定 費 用	円
合 計	円

3 納付期限 令和 年 月 日

4 納付方法 同封の納入通知書によりお納めください。



(第7号様式)

令和 年 月 日

福祉局長 様

区保健福祉センター所長

後見等開始の審判請求に関する報告について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（又は知的障害者福祉法、老人福祉法）に基づき、民法第 条に規定する審判の請求を行ったので、次のとおり審判の結果及び費用について報告します。

1 審判請求の内容

氏 名  
住 所  
審判請求の類型  
審 判 請 求 日

2 選任された後見人等

審 判 日 年 月 日  
名 称 成年後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人 ・ 却下 ※該当するものに0を付ける。  
氏 名  
住 所  
電 話 番 号

3 審判請求に要した費用（実額）

申 立 費 用（郵便切手代） 円  
申 立 手 数 料（収入印紙代） 円  
登 記 手 数 料（収入印紙代） 円  
診 断 書 料 円  
鑑 定 費 用 円  
合 計 円

4 費用の求償について

請 求 金 額 円  
会 計 収 入 令和 年 月 日

担当： 区役所保健福祉課  
電話 (担当者氏名)

※家庭裁判所の審判書の写し及び領収関係書類の写しを添付

令和 年 月 日

大 阪 市 長

標題について、下記申立て事案について、次の事由により申立てを取下げます。

申 立 人		大阪市長
申 立 年 月 日		
審 判 請 求 の 類 型		<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助
本 人	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	

- 1 本人死亡
- 2 親族による後見申立開始
- 3 申立てを行う家庭裁判所の変更
- 4 本人の判断能力の回復
- 5 その他 ( )

担当：〒	大阪市	区
大阪市	区役所	保健福祉課
(職名)		(担当者氏名)
電話番号	0 6 -	
F A X	0 6 -	

(第9号様式)

大阪市成年後見制度後見人等報酬助成申請書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市 区役所保健福祉課

次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成資格認定に関して、成年被後見人等の収入の状況等、必要な情報を関係機関において調査確認されることに同意します。

申請者	現在の居所	〒	
	フリガナ		電話番号
	氏 名		
生活保護受給の有無等		<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ~ ) <input type="checkbox"/> 無	
代理人	住 所	〒	
	フリガナ		電話番号
	氏 名		
	申請者との関係		成年後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人
報酬付与の審判決定額		後見人等報酬 円	

※添付を要する関係資料は、裏面参照

(注) 点線より下は記入しないでください。

起案年月日	令和 . .	(担当) 課長	課長代理	担当係長	担当係長	担当
決裁年月日	令和 . .					
申請に基づき調査した結果、次のとおり決定します。						

該 当 ・ 非該当		
助成対象期間	年 月 ~ 年 月 ( か月分)	
助成対象 期間区分 (該当の場合)	令和 年 月 ~ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 ) (種別: )	
	令和 年 月 ~ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 ) (種別: )	
	令和 年 月 ~ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 ) (種別: )	
	令和 年 月 ~ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 ) (種別: )	
種別欄に該当番号 1~7を記入	在宅〔1:居宅 2:サービス付き高齢者向け住宅 3:グループホーム〕 施設〔4:入院 5:特養 6:有老 7:その他( )〕	
(参考)・区分は各月の初日の状態による(上限月額 在宅28,000円 施設18,000円) ・助成対象は家庭裁判所による報酬付与の対象期間のうち直近13月かつ1会計年度内13月(本人が死亡した場合は、直近24月かつ1会計年度内24月)を限度として行う		
(参考) 上限額 在宅28,000円× 月分 施設18,000円× 月分 合計 円		
決定金額 円		
決定要件	経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 生活保護に準じる <input type="checkbox"/> その他(非該当) <input type="checkbox"/> 預貯金等から捻出可能(生活保護受給中を含む)(非該当)
	申立人	<input type="checkbox"/> 大阪市長 <input type="checkbox"/> その他の者(※) <input type="checkbox"/> 他の市区町村長(非該当)
申立人が (※)の場合	後見人等	<input type="checkbox"/> 本人の配偶者又は親族以外 <input type="checkbox"/> 本人の配偶者又は親族(非該当)
	証の発行(介護・障がい)	<input type="checkbox"/> 大阪市 <input type="checkbox"/> なし(ただし本市居住者) <input type="checkbox"/> 他の市区町村(非該当)
前回支給状況	対象期間	年 月 ~ 年 月 ( か月分)

【添付資料】

- ☐ ①家庭裁判所が発行する報酬付与の審判決定通知書の写し（3か月以内の決定のもの）
- ☐ ②家庭裁判所が発行する後見等開始の審判決定通知書の写し
- ☐ ③報酬助成申請時の後見人等選任に至る経過がわかる後見人等選任審判決定通知書の写し  
（交代等により②に記載の後見人等と報酬助成申請時の後見人等が異なる場合に必要）
- ☐ ④後見人等本人と確認できる証明書（顔写真入りのもの（専門職団体会員証等））の写し
- ☐ ⑤後見人等が家庭裁判所に提出した財産目録及び報酬付与申立事情説明書の写し
- ☐ ⑥報酬付与を求めた対象期間に本人面談をした月日の記録（任意の様式）

大阪市長以外の者（他の市区町村長を除く）が審判請求を行っている場合は、併せて次の資料を添付すること。

- ☐ ⑦後見人等が専門職であることを証するものの写し（②又は④で確認できれば不要）
- ☐ ⑧大阪市発行の介護保険被保険者証又は障がい福祉サービス受給者証の写し（有効期限内のもの）  
※他の市区町村から発行されている場合は報酬助成対象外

上記⑧のいずれの証も発行されていない（他の市区町村からの発行もない）場合は、併せて次の資料を添付すること。

- ☐ ⑨大阪市の住民票の写し（3か月以内発行のもの）

報酬助成の決定にあたり、上記①～⑨の資料で情報（報酬付与の期間、申立者、後見人等の就職の日、資産・収入等の状況、等）が不足する場合は、併せてその他必要な資料を添付すること。

- ☐ ⑩その他（ ）

大阪市成年後見制度後見人等報酬助成決定通知書

様

大 阪 市 長

令和 年 月 日付で申請のありました大阪市成年後見制度後見人等報酬助成申請については、次のとおり決定しましたので通知します。

申請者氏名				代理人氏名		
申請年月日	令和 年 月 日					
決定年月日	令和 年 月 日					
助成の種類	後見人等報酬			決定事項	該当 ・ 非該当	
助成対象 期間区分 (該当の場合)	令和 年 月 ～ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 )					
	令和 年 月 ～ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 )					
	令和 年 月 ～ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 )					
	令和 年 月 ～ 令和 年 月 ( 在宅 ・ 施設 )					
(参考) ・ 区分は各月の初日の状態による (上限月額 在宅 28,000 円 施設 18,000 円) ・ 助成対象は家庭裁判所による報酬付与の対象期間のうち直近 13 月かつ 1 会計年度内 13 月 (本人が死亡した場合は、直近 24 月かつ 1 会計年度内 24 月) を限度として行う						
助成対象月数 (該当の場合)	在宅 月数	月	施設 月数	月	合計 月数	月
助成金額 (該当の場合)				円		
(参考) 助成金額は家庭裁判所が定める報酬の額の範囲内						
非該当の理由						

※該当の場合は、別添の請求書により請求してください。申請者名義の口座に振り込みます。

1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪市長に対して審査請求をすることができます。

2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、大阪市長を被告として（訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に提起することができます。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

令和 年 月 日

様

大 阪 市 長

後見人等の報酬の助成の返還請求について

成年後見制度に係る大阪市長による審判の請求等に関する要綱(福祉局要綱第178号)に基づき、  
年 月 日付で、後見人等の報酬の助成を行いました。が、調査の結果「請求理由」に  
お示ししますとおり、後見人等の報酬助成の対象として非該当のため、大阪市に返還くださるよう  
請求します。

つきましては、同封の納入通知書にて期限までに納めてください。

[助成対象者]

- 1 住 所
- 2 氏 名

[請求金額]

- 1 成年後見人等報酬助成金 円
- 2 報酬助成決定年月日 年 月 日

[納付期限]

令和 年 月 日

[請求理由]

担当： 区保健福祉課  
電話 (担当者氏名)

(第 12 号様式)

令和 年 月 日

福祉局長 様

区保健福祉センター所長

## 後見人等の報酬の助成の返還請求に関する報告について

成年後見制度に係る大阪市長による審判の請求等に関する要綱（福祉局要綱第178号）に基づき、  
 年 月 日付けで、後見人等の報酬の助成を行いました。調査の結果、下記「請求理由」により返還請求し、納付がありましたので、次のとおり報告します。

[助成対象者]

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | 住 | 所 |
| 2 | 氏 | 名 |

[請求金額]

- 1 成年後見人等報酬助成 円  
2 報酬助成決定年月日 年 月 日分

[納付期限]

年 月 日

[請求理由]

担当： 区保健福祉課  
電話 (担当者氏名)