

様式第1号（第4条関係）

上ノ国町法定後見等の開始の審判に係る請求要請書

令和 年 月 日

上ノ国町長 様

要請者 住 所
氏 名 印
電 話 番 号
対象者との関係

成年後見制度の審判に係る請求要請として、上ノ国町成年後見制度利用支援事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のように要請します。

【対象者】

住 所					
氏 名			電話番号		
性 別	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	
対象者の状態	<input type="checkbox"/> 認知症等の高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者				
対象者の心身の状況	<input type="checkbox"/> 認知症等の高齢者で判断能力が不十分 <input type="checkbox"/> 知的障害者で判断能力が不十分 <input type="checkbox"/> 精神障害者で判断能力が不十分				
成年後見人等候補者の有無(該当に○)	<input type="checkbox"/> 有	住 所			
		氏 名		電話番号	
		性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日(歳)
		電話番号		対象者との関係	
	<input type="checkbox"/> 無				
成年後見制度の利用目的	<input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 身上監護 <input type="checkbox"/> その他 ()				