

福岡市成年後見制度利用支援事業実施要領

(目的)

第1条 この要領は、福岡市成年後見制度利用支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、市長が行う審判請求等の事務に必要な事項を定めることを目的とする。

(要支援者調査)

第2条 要綱第3条第1項に規定する調査は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 要支援者の事理弁識能力の程度について、主治医の診断書等により調査する。
- (2) 要支援者の生活状況、心身の状況、財産・収支の状況等について、家庭裁判所様式（申立事情説明書）を参考に要支援者の面接や、要支援者の状況を知る者からの聴取等により調査する。
- (3) 戸籍調査：謄本等の交付を受け、要支援者の配偶者及び二親等内の親族の存否を確認する。ただし、要支援者の保護を図るため、速やかに市長審判請求の手続きを行う必要がある場合については、親族等の存否に係る戸籍調査は審判の申立てを行った上で並行して行うことができる。
- (4) 意向調査：二親等内の親族に対する意向調査は、後見制度の利用に関する意向確認書（様式第1号）により行う。
- (5) 利用意見調査：要支援者の推定相続人の意見については、家庭裁判所所定の様式により調査する。
- (6) 法務局への照会により、要支援者が、成年被後見人、被保佐人又は被補助人でないこと及び任意後見契約を締結していないことを確認する。
- (7) その他、審判請求を判断するにあたって必要とする事項

(市長が審判請求で負担する費用)

第3条 要綱第7条第1項に規定する費用は次に掲げるものとする。

- (1) 申立手数料
- (2) 登記手数料
- (3) 郵便切手代
- (4) 鑑定費用

2 要綱第7条第2項に規定する費用は次に掲げるものとする。

- (1) 診断書料
- (2) その他添付書類に要する経費の実費

(審判請求費用等求償の申立て)

第4条 要綱第8条に規定する費用の求償を行う場合は、成年後見等開始審判の請求を行う際に、家庭裁判所に対して、家事事件手続法第28条第2項による申立てを行う。なお、上記申立てによるほか、民法702条の規定により費用求償できるものとする。

(費用求償の通知)

第5条 前条に規定する申立てに対し、要支援者が審判請求に要した費用を負担することを家庭裁判所が認めた場合又は民法702条の規定により要支援者等に対して費用求償を行う場合は、

要支援者に対して、後見等開始審判請求費用求償決定書（様式第2号）により通知するものとする。

（求償の方法）

第6条 市長は、前条の費用負担義務者に対して、納入通知書を送付する。

（求償の減免）

第7条 市長は、第5条に規定する費用求償の決定後において、疾病、災害等により、費用負担義務者の負担能力に著しい変化が生じ、支払いが困難であると認められる場合又はその他特別の理由があると認められる場合には、費用負担の減免を行うことができる。

（後見人等報酬の助成額）

第8条 要綱第9条に規定する助成額（要綱第10条により準用する場合を含む）は、次の各号のとおりとする。

- (1) 同条第1項第1号及び第2号に該当する者は家庭裁判所が決定する後見人等の報酬額と次項に定める上限額の低い方。
 - (2) 同項第3号に該当する者は前号で求めた後見人等の報酬を負担することで生活保護法の保護の基準を下回る額。
 - (3) 同項第4号に該当する者はその困難な状況に応じて市長が必要と認めた額。
 - (4) 報酬付与審判の対象期間に助成対象期間に含まれない期間がある場合は、第1号の規定は「家庭裁判所が決定した後見人等の報酬額を助成対象期間の月数で月割計算した額（当該算出額に10円未満の端数が生じる場合は、端数を切り捨てた額）と次項に定める上限額の低い方」と読み替える。
- 2 前項に規定する助成額の上限は、次の各号より算出した額とする。
- (1) 施設等に入所している者については月額18,000円を、その他の者については月額28,000円を上限とする。
 - (2) 助成対象期間に、施設等に入所している期間とその他の期間が混在している月がある場合は、施設等に入所している期間の日数が半数以上の月は、月額18,000円を上限とし、施設等に入所している期間の日数が半数に満たない月は、月額28,000円を上限とする。
 - (3) 助成対象期間において、1月に満たない日数の月があるときは、助成上限額は、前2号に規定する月額の上限額の日割り計算により算出する。当該算出額に10円未満の端数が生じる場合は、端数を切り捨てた額を助成上限額とする。
- 3 後見人報酬について他の制度により、要支援者が助成を受けている場合は、前2項に規定する助成額から他の制度から受けた助成額を差し引いた金額を助成額とする。
- 4 報酬助成の対象となる要支援者が死亡した後の助成額は、前項までの規定により算出した額から、遺留金額を差し引いた額とする。
- 5 第2項第1号に規定する施設等は次に掲げるものとする。
- (1) 生活保護法にいう保護施設
 - (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律にいう指定障害者支援施設、指定療養介護事業所
 - (3) 老人福祉法にいう老人福祉施設又は国立保養所
 - (4) 介護保険法にいう介護保険施設
 - (5) 医療法にいう医療提供施設

6 複数人の後見人等が選任されている場合は、各々の報酬を合算し、第1項から第6項の規定により算出した額を助成する。

(後見人等報酬の助成方法)

第9条 要綱第9条の助成(要綱第10条により準用する場合を含む)を受けようとする者は、後見人等報酬助成申請書(様式第3号)及び現況報告書(様式第4号)に家庭裁判所が発行する報酬付与の審判の決定通知書の写し及び後見人等の審判決定通知書等を添付し、市長に提出する。

2 市長は、前項の規定により提出された申請書及び要支援者等の収入状況等を審査し、その結果を後見人等報酬助成(決定・却下)通知書(様式第5号)にて、申請者に通知する。

3 前項の決定通知書を受けた者は、市長に対し、助成金の請求をするものとする。

4 助成金は、原則として、要支援者名義の金融機関口座又は「(要支援者名)成年後見人(後見人等名)」等、後見人等の管理下に置かれていることが明示された金融機関口座に振り込むものとする。

附 則

この要領は、平成17年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、平成25年1月1日より施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

1 この要領は、令和4年6月1日から施行する。

2 この要領による改正前の福岡市成年後見制度利用支援事業実施要領の規定に基づいて作成した様式は、所要の調整をして当分の間使用することができる。

附 則

この要領は、令和5年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、令和5年8月1日から施行する。

(様式第1号)
年 月 日

後見制度の利用に関する意向確認書

福岡市長 様

住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____

【福岡市長が成年後見制度による支援を検討している要支援者】

住 所

氏 名

下記1、2のどちらかにチェックをしてください。

1 私は、親族である上記の要支援者について、成年後見（保佐・補助）開始の申立てを行う意向はありません。

⇒理由（いずれかにチェックし必要箇所を記入してください）

- 私自身が高齢であるため
 私の体調不良のため
 要支援者と遠方に居住しており支援が困難なため
 要支援者と付き合いがないため
 要支援者が成年後見制度を利用することに反対であるため
理由（ _____ ）
 その他（ _____ ）

2 私が、親族である上記の要支援者について、成年後見（保佐・補助）開始の申立てを行います。

[市町村による後見等審判開始の手続き]

成年後見人等を選任するためには、家庭裁判所において審判を受ける必要があります。審判の請求手続きを行うことができるのは、本人、配偶者、四親等内の親族、検察官に限られていますが、ご本人に親族がない、または親族がいても連絡が取れないなど、親族による手続きが期待できず、放置できない状態の時は、市町村長が、親族等に代わり手続きを行うことができます。

(様式第2号)
第 号
年 月 日

様

福岡市長 印

後見等開始審判請求費用求償決定書

本市が、後見等開始審判請求するにあたって要した費用について、福岡市成年後見制度利用支援事業実施要綱第8条に基づき、下記のとおり納付願います。

記

1 審判の請求内容

(1) 氏名

(2) 住所（又は居所）

(3) 審判の種類

後見開始 ・ 保佐開始 ・ 補助開始

2 請求金額

円

[内 訳]

- | | |
|------------|---|
| (1) 申立手数料 | 円 |
| (2) 登記手数料 | 円 |
| (3) 郵便切手代 | 円 |
| (4) 鑑定費用 | 円 |
| (5) 診断書料 | 円 |
| (6) その他（ ） | 円 |

※ (1)～(4)の費用については家事事件手続法第28条第1項、(5)(6)の費用については民法第702条の規定により求償するものです。

3 納付期限

年 月 日

4 納付方法

同封の納入通知書により、金融機関で納付してください。

【問い合わせ先】

〒 -

福岡市 区 丁目 番号

福岡市 区 課 担当：

TEL：() - 、FAX：() -

年 月 日

後見人等報酬助成申請書

福岡市長 様

福岡市成年後見制度利用支援事業実施要綱第9条に基づき、下記のとおり（成年後見人・後見監督人・保佐人・保佐監督人・補助人・補助監督人）の報酬助成を申請します。なお、審査の際、被後見人等及びその世帯員の生活保護受給状況、収入の状況等必要な情報を関係機関において調査確認することに同意します。

記

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|---|---------------|----------|
| (被後見人等) 申請者 | (ふりがな) | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 後見等の 類型 | 後見・保佐・補助 |
| | 住所 (生活している場所) | 〒 ー Tel : | | |
| | 住民票の住所 (上記と異なる場合のみ記入) | | | |
| | 助成対象要件 | 1 生活保護受給者 2 中国残留邦人等支援給付受給者 3 後見人等の報酬を負担することで、生活保護法の保護の基準を下回る 4 その他 () | | |
| 後見人等 | (ふりがな) | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 ー Tel : | | |
| | 専門職種等 | | | |
| | 就職の日 (後見等審判確定日) | 年 月 日 | | |
| [報酬付与の審判により決定した額] | | | [報酬付与審判の対象期間] | |
| 円 | | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| [報酬付与の審判日] 年 月 日 | | | | |

(※) 申請時に申請者（被後見人等）が死亡している場合は、後見人等が申請者となることができます。

現況報告書

福岡市長 様

報告者（後見人等）

助成対象者（被後見人等）の現況について、次のとおり報告します。

1 助成対象者（被後見人等） 氏名 _____

2 後見等開始の審判を請求した人

福岡市長 助成対象者（被後見人等） 配偶者 親族（続柄 _____）

3 後見等開始の理由

認知症 知的障がい 精神障がい その他（ _____ ）

4 報酬助成対象期間

年 月 日～ 年 月 日

5 4の報酬助成対象期間の生活場所の状況

※施設等とは、要領第8条第5項に規定する
病院、施設等です。裏面をご確認ください。

| | | | |
|--------|-------|------------------------------|---------------------------------------|
| 年 月 日～ | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 在宅等 | <input type="checkbox"/> 施設等（ _____ ） |
| 年 月 日～ | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 在宅等 | <input type="checkbox"/> 施設等（ _____ ） |
| 年 月 日～ | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 在宅等 | <input type="checkbox"/> 施設等（ _____ ） |
| 年 月 日～ | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 在宅等 | <input type="checkbox"/> 施設等（ _____ ） |
| 年 月 日～ | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 在宅等 | <input type="checkbox"/> 施設等（ _____ ） |

6 後見人等の受任形態

単独受任

→ 被後見人等の配偶者又は4親等内の親族でない

複数受任

→ 被後見人等の配偶者又は4親等内の親族である後見人等の有無
 無 有（氏名 _____ 被後見人との続柄 _____）

監督人受任

→ 被後見人等の4親等内の親族では無い

7 他の制度による、助成対象者（被後見人等）への助成金の有無

なし

あり 助成元 _____

助成金額 _____ 円

添付書類チェックシート

1 どの申請にも添付が必要な書類

- 現況報告書（様式第4号）
- 報酬付与の審判決定書の写し
- 登記事項証明書の写し又は、審判書及び審判確定証明書の写し
（保佐・補助類型については、登記事項証明書等の別紙目録を含みます）

2 施設等に入所している期間がある場合

- 施設等への入所期間が分かる資料
※施設等とは、以下に該当するものをいいます。
 - (1)生活保護法にいう保護施設
 - (2)障害者総合支援法にいう指定障害者支援施設、指定療養介護事業所
 - (3)老人福祉法にいう老人福祉施設又は国立保養所
 - (4)介護保険法にいう介護保険施設
 - (5)医療法にいう医療提供施設

3 生活保護または、中国残留邦人等支援給付を受給している場合

- 本人確認証の写し、福岡市外の生活保護受給証明書
※福岡市の生活保護受給証明書は不要です。

4 生活保護または中国残留邦人等支援給付を受給していない場合

- 資産等申告書（別紙1）
※内容が確認できる預金通帳の写し（表紙、表紙の裏、残高記載部分）や証券の写し、障がいがある場合は手帳の写し等の書類を添付してください。
- 収入等申告書（別紙2）
※収入を確認できる年金改定通知、給与明細等の書類等を添付してください。

5 福岡市外に居住している場合

- 福岡市の介護保険者証または福岡市の障がい福祉サービス受給者証の写し

6 「公益信託 成年後見助成基金」など他制度による助成を被後見人等が受けている場合

- 助成金決定通知書など助成金の金額がわかる書類

資産等申告書

(あて先) 福岡市長

年 月 日

成年被後見人等及び成年被後見人等と同一世帯の世帯員の資産等について、次のとおり申告します。

1 被後見人等及び同一世帯の世帯員

※対象期間終期時点での世帯全員の現況を記入してください。

| 連番 | 氏名 | 年齢 | 被後見人等との続柄 | 居所 | 市民税課税状況 | 障がいの有無 |
|----|----|----|-----------|---|---|--------|
| 1 | | | (本人) | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | |
| 5 | | | | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 | |

※障がいがある場合は手帳の写しを添付してください。

2 対象期間終期における資産

※対象期間終期時点での世帯全員の資産を全て記入してください。

| 資産の種類 | 金額 | 名義 (1の連番を記入) |
|---|----|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 有価証券(額面) <input type="checkbox"/> その他() | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 有価証券(額面) <input type="checkbox"/> その他() | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 有価証券(額面) <input type="checkbox"/> その他() | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 有価証券(額面) <input type="checkbox"/> その他() | 円 | |
| 居住用以外の土地・家屋・貴金属などの所有の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(資産の内容: 資産の名義:) | | |

※ 上記内容が確認できる預金通帳の写し(表紙, 表紙の裏, 残高記載部分)や証券の写し等の書類を添付してください。

収支等申告書

(あて先) 福岡市長

年 月 日

成年被後見人等及び成年被後見人等と同一世帯の世帯員の収入等について、次のとおり申告します。

1 対象期間終期における収入等

※対象期間終期時点での世帯全員の収入を全て記入してください。

| 収入の種類 | 金額 (月額) | 名義 (別紙1の1の連番を記入) |
|--|---------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 年金等収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 家賃・地代等 <input type="checkbox"/> 保険金等 <input type="checkbox"/> 配当等 <input type="checkbox"/> その他 () | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 年金等収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 家賃・地代等 <input type="checkbox"/> 保険金等 <input type="checkbox"/> 配当等 <input type="checkbox"/> その他 () | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 年金等収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 家賃・地代等 <input type="checkbox"/> 保険金等 <input type="checkbox"/> 配当等 <input type="checkbox"/> その他 () | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 年金等収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 家賃・地代等 <input type="checkbox"/> 保険金等 <input type="checkbox"/> 配当等 <input type="checkbox"/> その他 () | 円 | |

※上記を確認できる年金改定通知、給与明細等の写し等の書類を添付してください。

2 直近3ヶ月の介護費・医療費について

※対象期間直近3ヶ月の世帯の介護サービス費・医療費を記入してください。

| | 介護サービス費 | 医療費 |
|-----|---------|-----|
| 年 月 | 円 | 円 |
| 年 月 | 円 | 円 |
| 年 月 | 円 | 円 |

※介護サービス費、医療費の領収書の写し等を添付してください。

(様式第5号)
第 号
年 月 日

様

福 岡 市 長 印

後見人等報酬助成（決定・却下）通知書

年 月 日付で申請のありました後見人等報酬助成申請に関して、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 次のとおり助成します。

(1)助成額 円（ 年 月 日～ 年 月 日分）

※別添えの請求書に、住所、氏名、請求金額、振込を希望する申請人名義の口座を記入して下さい。

2 審査の結果、却下することに決定しました。

理 由

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|--|-------|---|------------|
| 1. 生活保護基準 | _____ | 円 | |
| ① 在宅 | | | |
| 生活扶助 | _____ | 円 | |
| 加算 | _____ | 円 | |
| 住宅扶助 | _____ | 円 | |
| 医療費 | _____ | 円 | (直近3ヶ月の平均) |
| 介護サービス費 | _____ | 円 | (直近3ヶ月の平均) |
| その他経費 | _____ | 円 | |
| ② 介護施設入所 | | | |
| 介護施設入所者基本生活費 | _____ | 円 | |
| 介護施設入所者加算 | _____ | 円 | |
| 医療費 | _____ | 円 | (直近3ヶ月の平均) |
| 介護サービス費 | _____ | 円 | (直近3ヶ月の平均) |
| その他経費 | _____ | 円 | |
| ③ 入院 | | | |
| 入院患者日用品費 | _____ | 円 | |
| 医療費 | _____ | 円 | (直近3ヶ月の平均) |
| 介護サービス費 | _____ | 円 | (直近3ヶ月の平均) |
| その他経費 | _____ | 円 | |
| 2. 収入 | _____ | 円 | |
| 年金 | _____ | 円 | |
| その他 | _____ | 円 | |
| 手持ち金 | _____ | 円 | |
| 3. 審判請求費用 | _____ | 円 | |
| 4. 後見人等報酬 | _____ | 円 | |
| 5. 審判請求の費用を負担することで、生活保護法の保護の基準を下回る額 (1+3) - 2 | _____ | 円 | |
| 6. 後見人等報酬を負担することで、生活保護法の保護の基準を下回る額 (1+4) - 2 | _____ | 円 | |