

住民基本台帳事務における支援措置申出書

白 河 市 長
関 係 市 区 町 村 長 様

住民基本台帳事務におけるドメスティック・バイオレンス、ストーカー行為等、児童虐待及びこれらに順ずる行為の被害者保護の支援措置の実施を求めます。

転送	市区町村	受付	連絡

令和 年 月 日

氏名 備考

申出者	氏名 <small>(生年月日)</small>	住所 <small>(年 月 日)</small>	連絡先	本人確認		
加害者 <small>(判明している場合)</small>	氏名 <small>(生年月日)</small>	住所 <small>(年 月 日)</small>	その他			
申出者の状況 <small>(裏面参照の上、いずれかに✓)</small>	A 配偶者暴力防止法		B ストーカー規正法	C 児童虐待防止法	D その他左記AからCまでに順ずるケース	
添付書類 <small>(該当書類)</small>	保護命令決定書(写し)		その他			
	ストーカー規正法に基づく警告等実施書面					
相談先	警察署、配偶者暴力相談支援センター、児童相談諸島の機関に相談している場合、相談した日時、当該機関 <small>(以下「相談機関」という。)</small> の名称、担当課等を可能な範囲で記入してください。 年 月 日(相談先の名称) (担当課)					
支援措置を 求めるもの <small>(現住所が記載されているものに限る)</small>	希望に✓	支援を求める事務		現住所等		
		住民基本台帳の閲覧		現住所	同上	
		住民票の写し等の交付(現住所地)		現住所	同上	
		住民票の写し等の交付(前住所地)		前住所		
		戸籍の附票の写しの交付(本籍地)		本籍		
	戸籍の附票の写しの交付(前本籍地)		前本籍			
併せて支援を求める者 <small>(同一の住所を有する者に限る)</small>	申出者との関係	氏名	生年月日	申出者との関係	氏名	生年月日
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日

(添付書類がない場合)

相談機関等の意見	<p>1 上記申出者の状況に相違ないものと認める。</p> <p>2 上記併せて支援を求める者について、申出者を保護するため支援の必要があるものと認める。</p> <p>3 1、2以外の場合に、相談機関等において特に把握している状況 <small>(※一時保護の有無、相談時期等)</small>がある場合 把握している状況：</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 長 (印) (担当 課 係)</p>	<p>年月日</p> <p>市区町村の 確認</p> <p>担当 相手方</p>	
備考			

- (注) ● 太枠の中に記入してください。
- 申出に際し、ご本人の確認をさせていただきます。
 - 法定代理人、児童相談所長、児童福祉施設の長、里親、ファミリーホーム事業を行うもの等支援措置対象者本人以外の者が申し出る場合は、備考欄に実際に申し出を行うものの指名、生年月日、住所、連絡先等を記入してください。
 - 申出の内容について、相談機関等に確認させていただく場合があります。
 - 支援措置は、厳格な審査の結果、不当な目的によるものでないこととされた請求まで拒否するものではありません。
 - 支援措置の期間は、支援開始の連絡日から一年です。期限到来の一月前から延長の申し出を受け付けます。当該申出がない場合、期限到来をもって支援を終了します。
 - 申出書の内容に変更が生じた場合には、当初に申し出を行った市区町村長に申し出を行ってください。