

※この申込書は1/2、2/2とも記入して提出してください。

| | |
|----|--|
| 番号 | |
|----|--|

面会交流支援申込書

令和____年____月____日

東京都ひとり親家庭支援センター 御中

| | | |
|-------------|------|-----------|
| 申 込 者 | フリガナ | |
| | 氏名 | 印 (歳) |
| | 住所 | 〒 都道府県 区市 |
| | 電話番号 | |

私は、東京都ひとり親家庭支援センターが実施する面会交流支援の内容を理解した上で、下記により支援を申し込みます。

記

1 面会する未成年者

| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
|----|------|----------|----|--|
| | | 平成 年 月 日 | 歳 | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 |
| | | 平成 年 月 日 | 歳 | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 |
| | | 平成 年 月 日 | 歳 | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 |

2 申込者の現在の生活等の状況

| 面会交流対象の子との | | 収入要件確認のための提示書類 | 養育費 | 調停 | 面会交流の取決め | 離婚成立 |
|---|--|--|---|---|---|---|
| 関係 | 同居 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 | <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 同居して いない | <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 児童育成手当受給者証 <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 確定申告書 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 有 _____円 (月額) ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |

3 援助内容

- (1) 面会交流の際の付添い(援助内容(2)、(3)を含む)
- (2) 子の受渡し(援助内容(3)を含む。)
- (3) 連絡調整(面会交流の日時、場所、時間、方法などの連絡、調整)

* 事前相談により援助の可否を決定します。

4 援助条件

- (1) 継続面会交流 (月1回・ 2か月に1回・ その他 (_____))
- (2) その他 (_____)

5 約束事項

- (1) 父母は、未成年者の心身の安全に最大限の配慮をします。
- (2) 未成年者の監護状況を尊重し、これを一方的に変更することはいたしません。
- (3) 面会者は別居親に限ります。
- (4) 面会交流場面には、父母の紛争を持ち込みません。
- (5) 面会交流の実施の際に人や物に対する暴力・暴言・威圧、連れ去り企図や連れ去りをしません。
- (6) 面会交流に関する要望は必ず面会交流支援員を通し、面会交流の実施については面会交流支援員の指示に従います。
- (7) 調停、訴訟等のために面会交流の実施状況に関する報告を求めません。
- (8) 支援に誠実に対応し、この面会交流において生じる問題について東京都ひとり親家庭支援センターに責任を求めません。

以上の事項は、申込者双方（面会者・監護者）が合意したものであり、遵守されないときは、援助を中止することがあります。

申込者双方（面会者・監護者）の状況により面会交流支援が成立しない場合もあります。

本支援のために入手した情報は、原則として、東京都ひとり親家庭支援センター及び支援を実施する公益社団法人家庭問題情報センターにおいてのみ使用します。ただし支援の中で、子、申込者の状況等により、その他の関係機関に情報を提供する必要があると判断される場合は、この限りではありません。

※東京都ひとり親家庭支援センター 処理欄

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|---|---|-------|---|---|---------|
| 受付日 | ・ | ・ | 受理日 | ・ | ・ | F 通知日 | ・ | ・ | ・ |
| 内容を審査し申込資格に該当していることを確認し、受理します。 | | | | | | | | | |
| 東京都ひとり親家庭支援センター長 印 | | | | | | | | | |
| 收受日 | ・ | ・ | 相談日 | ・ | ・ | セ通知日 | ・ | ・ | 他親の相談状況 |
| 事前相談で援助の内容を説明、申込書の記載内容を相互に確認し支援開始が妥当と判断します。 | | | | | | | | | |
| 面会交流支援員 印 | | | | | | | | | |
| 支援開始日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |