

住民基本台帳事務における支援措置申出書

転送	市区町村		受付	連絡
/			/	/
/			/	/
/			/	/
/			/	/
/			/	/

令和 年 月 日

久米島町長 殿

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準ずる行為の被害者保護の支援措置の実施を求めます。

氏名

申出者	氏名 (生年月日) (年 月 日)	住所	連絡先	本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	
加害者 (判明している場合)	氏名 (生年月日) (年 月 日)	住所	その他		
申出者の状況 (いずれかにし)	<input type="checkbox"/> A ストーカー規制法 ストーカー規制法第7条に規定するストーカー行為等の被害者であり、かつ、更に反復してつきまとい等をさせるおそれがあり、かつ、加害者がその住所を探索する目的で、住民基本台帳法上の請求を行うおそれがある。		<input type="checkbox"/> B 配偶者暴力防止法 配偶者暴力防止法第1条第2項に規定する被害者であり、かつ、更なる暴力によりその生命又は身体に危害を受けるおそれがあり、かつ、加害者がその住所を探索する目的で、住民基本台帳法上の請求を行うおそれがある。		<input type="checkbox"/> C 児童虐待防止法 児童虐待防止法第2条に規定する児童虐待を受けた児童である被害者であり、かつ、再び児童虐待を受けるおそれがあり、又は監護等を受けることに支障が生じるおそれがあるものについて加害者が、その住所を探索する目的で、住民基本台帳法上の請求を行うおそれがある。
添付書類 (該当書類にし)	<input type="checkbox"/> 保護命令決定書(写し) <input type="checkbox"/> ストーカー規制法に基づく警告等実施書面		<input type="checkbox"/> その他		
相談先	(警察署、配偶者暴力相談支援センター、児童相談所等の機関に相談している場合、相談した日時、当該機関(以下「相談機関」という。)の名称、担当課等を可能な範囲で記入して下さい。) 年 月 日 (相談先の名称) (担当課)				
支援措置を 求めるもの (現住所が 記載されて いるものに 限る。)	支援を求め事務		現住所等		
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳の閲覧	現住所	同上		
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し等の交付(現住所地)	現住所	同上		
	<input type="checkbox"/> 除票の写し等の交付(前住所地)	前住所			
	<input type="checkbox"/> 戸籍の附票の写しの交付(本籍地)	本籍			
併せて支援を 求める者(同一 の住所を有する ものに 限る。)	申出者との関係	氏名	生年月日	申出者との関係	氏名
相談機関等の意見	<input type="checkbox"/> 1. 上記申出の状況に相違ないものと認める。 <input type="checkbox"/> 2. 上記併せて支援措置を求める者について、申出者を保護するため支援の必要性があるものと認める。 <input type="checkbox"/> 3. 1, 2以外の場合に、相談機関において、特に把握している状況(※一時保護の有無、相談時期等)がある場合把握している状況				市区町村の確認 担当 相手方
備考	令和 年 月 日 長 (印) (担当 課 係)				

- (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者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者の氏名、生年月日、住所、連絡先を記入して下さい。
 - 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。
 - 支援の期間は、支援開始の連絡日から1年です。期限到来の1月前から延長の申出を受け付けます。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、当初に申出を行った市町村長に申出を行って下さい。