

様式第1号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップ届出書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

私たちは、所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱第4条の規定に基づき、パートナーシップ・ファミリーシップの届出を行います。

届出をしようとする者

氏名 (通称名)	()	氏名 (通称名)	()
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
住所		住所	
電話番号		電話番号	

ファミリーシップ対象者

氏名		氏名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

備考 通称名は、使用を希望する方のみ記入してください。

添付資料

- 1 住民票の写し又は住民票記載事項証明書（届出日以前3か月以内に発行されたものに限る。）
- 2 戸籍全部事項証明、独身証明書その他の婚姻をしていないことが確認できる書類（届出日以前3か月以内に発行されたものに限る。）
- 3 ファミリーシップの届出をしようとするときは、パートナーシップの届出をしようとする者の一方のファミリーシップ対象者であり、生計を一にしていることが確認できる書類
- 4 その他市長が必要と認める書類

様式第2号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明書

第 号
年 月 日

所沢市長



所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱第5条の規定に基づき、パートナーシップ・ファミリーシップ届出を受理したことを証明します。

届出者

氏 名 (通称名)	()	氏 名 (通称名)	()
生 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日


ファミリーシップ対象者

氏 名		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日	生 年 月 日	年 月 日

届出日 年 月 日

様式第3号

表面

<p>(自由記入)</p> <p>私は、医療機関に対し、私の意思の確認が困難な場合は、下記の項目について、パートナーを家族として取り扱っていただくよう、協力を求めます。</p> <p>(許可しない項目があれば、×を付けてください。)</p> <p>【情報の開示・医療行為への同意・手術への同意・面会】 【緊急連絡先】 【特記欄】</p> <p>自筆書名 署名年月日</p>	 <p>所沢市</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

裏面

<p style="text-align: right;">第 号 年 月 日</p> <p>所沢市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カード</p> <p>所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱に基づき、 年 月 日に届出を受理したことを証明します。</p> <table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;">(本人)</td><td style="width: 50%;">(パートナー)</td></tr><tr><td style="text-align: right;">様</td><td style="text-align: right;">様</td></tr><tr><td style="text-align: right;">年 月 日生</td><td style="text-align: right;">年 月 日生</td></tr></table> <p>ファミリーシップ対象者 様</p>	(本人)	(パートナー)	様	様	年 月 日生	年 月 日生	<p>この証明カードは、法律上の効果を生じるものではありませんが、人生のパートナーや家族として協力して暮らしていくと市に届出されたことを証明するものです。</p> <p>受理証明カードの提示を受けた方は、この趣旨を十分にご理解くださいますようお願いいたします。</p> <p>この制度を利用する方の性の在り方(性自認、性的指向等)やこの制度を利用していることについて、本人の同意なく他者に口外することはできません。</p> <p style="text-align: center;">所沢市長</p>
(本人)	(パートナー)						
様	様						
年 月 日生	年 月 日生						

様式第4号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明書等再交付申請書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

届出者 氏 名

(通称名)

住 所

電話番号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

交付番号	第 号
再交付を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()
再交付を必要とするもの	<input type="checkbox"/> パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明書 <input type="checkbox"/> パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明カード

様式第5号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップ届出内容変更届

年 月 日

(宛先) 所沢市長

届出者 氏 名

(通称名)

住 所

電話番号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱第7条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

交 付 番 号		第 号	
届出年月日		年 月 日	
変 更 理 由			
変更事項		変更内容	
届出をした者	氏 名 (通称名)	()	()
	住 所		
ファミリーシップ対象者氏名			

届出者の一方又は双方に、生計を同一とするファミリーシップ対象者がおり、かつ、ファミリーシップ対象者氏名を記載したときは、届出者の氏名を連署してください。

届出者 氏名

氏名

様式第6号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップ届出受理証明書等返還届

年 月 日

(宛先) 所沢市長

届出者 氏 名

(通称名)

住 所

電話番号

所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱第8条の規定に基づき、
次のとおり届け出ます。

返還理由

- パートナーシップを解消したため
- 届出者の一方が死亡したため
- 届出者の一方が受理証明書等の返還を希望するため
- 所沢市パートナーシップ・ファミリーシップの届出に関する要綱第3条各号に掲げる要件を満たさなくなったため ()