

## 熊本市母子家庭等就業・自立支援センター親子交流（面会交流）支援事業

※ 親子交流（面会交流）支援への申込みにあたり、以下の約束事項を御理解いただいた上で、各項目の確認欄に☑をされ、お申込みください。

### 《約束事項》

- 父母は、子の心身の安全に最大限の配慮をします。
- 子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。
- 面会者は別居親に限ります。
- 親子交流（面会交流）場面には、父母の紛争を持ち込みません、
- 親子交流（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。
- 親子交流（面会交流）に関する要望は必ず親子交流（面会交流）支援員を通し、親子交流（面会交流）の実施については親子交流（面会交流）支援員の指示に従います。
- 調停、訴訟等のために親子交流（面会交流）の実施状況に関する報告を求めません。
- 支援に誠実に対応し、この親子交流（面会交流）において生じる問題について熊本市母子家庭等就業・自立支援センターに責任を求めるません。

以上の事項は、申込者双方（父母）が合意したものであり、遵守されないとときは、支援を中止することがあります。支援内容は、原則、調停合意、審判、公正証書の内容で援助となります。

申込者双方（父母）の状況により親子交流（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、熊本市母子家庭等就業・自立支援センター及び支援を実施する社会福祉法人熊本県ひとり親家庭福祉協議会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。

### 親子交流（面会交流）支援申込書（支援計画書）

#### 熊本市母子家庭等就業・自立支援センター 御中

私、（申込者氏名自署）は、熊本市母子家庭等就業・自立支援センターが実施する親子交流（面会交流）支援の内容を理解、同意した上で、下記により支援を申し込みます。

申込日		平成 年 月 日
申込者	フリガナ 氏 名	(印) (歳)
	住 所	〒
	電話番号	

## 1 親子交流（面会交流）対象の子

氏名	フリガナ	生年月日	年齢
		平成 年 月 日	歳
		平成 年 月 日	歳
		平成 年 月 日	歳

## 2 申込者の現在の生活等の状況

親子（面会）交流対象の子との 関係		同居	養育費	調停	面会交流 取決め書類	離婚 成立
<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 有 月額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 調停調書 <input type="checkbox"/> 審判書 <input type="checkbox"/> 公正証書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## 3 援助内容

- 親子交流（面会交流）の際の付添い（見守り） ※連絡調整含む
  - 子の受渡し ※連絡調整含む
- ※事前相談により援助の可否を決定します。

## 4 援助条件

- (1) 継続親子交流（面会交流） 月1回・2か月に1回・その他\_\_\_\_\_
- (2) その他\_\_\_\_\_

### ※熊本市母子家庭等就業・自立支援センター 処理欄

受付日	・	・	受理日	・	・	
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。						
熊本市母子家庭等就業・自立支援センター 社会福祉法人熊本県ひとり親家庭福祉協議会会長 <input type="checkbox"/>						
收受日	・	・	相談日	・	・	
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。						
親子交流（面会交流）支援員 _____ <input type="checkbox"/>						
支援開始日	平成	年	月	日	No.	