

申込みFAX番号 079-289-5361

面会交流援助申込書

記入日 令和 年 月 日

家族支援センター・クローバー 御中

申込者 ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (未成年者との関係 父・母)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)

住所 〒 -

電話番号 固定 - - 携帯 - -

メールアドレス \_\_\_\_\_

貴センター作成の「面会交流援助の案内」を読み、了解したうえで、以下の未成年者について貴法人による面会交流援助を申し込みます。

未成年者 ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (現在の生活状況 父と同居・母と同居)

生年月日 平成・令和 年 月 日生 ( 歳) 性別 男の子・女の子

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (現在の生活状況 父と同居・母と同居)

生年月日 平成・令和 年 月 日生 ( 歳) 性別 男の子・女の子

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (現在の生活状況 父と同居・母と同居)

生年月日 平成・令和 年 月 日生 ( 歳) 性別 男の子・女の子

※ 以下の事項を援助の要件とさせていただきます。

支援の頻度は、最大月1回である事を了解している

事前面談料・面会交流支援料負担につき、合意している(折半・別居親負担・同居親負担・その他)

下記の同意書欄に他方の父母の署名押印を得たうえで、FAX送信(又は郵送)してください。

同意書

上記申込みに同意します。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (未成年者との関係 父・母)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)

住所 〒 -

電話番号 固定 - - 携帯 - -

メールアドレス \_\_\_\_\_

(申込者に住所を知られたくない場合などは、同意書のみ直接ご提出いただいても構いません)

※ 他方の父母が十分納得のうえで同意した場合でない限り、援助はお断りさせていただきます。