

パートナーシップ宣誓継続申告書

年 月 日

福井県知事 様

福井県パートナーシップの宣誓制度実施要綱第11条第2項の規定に基づき、以下のとおり申告します。

・住所の異動前に県が連携する自治体において、性的マイノリティでパートナーシップ関係にある旨の証明としてパートナーシップ宣誓書受領証の交付を受けたこと

・互いを人生のパートナーとし、日常の生活において相互に協力し合う関係を継続していること

なお、申告があったことを住所の異動前の自治体に通知することに同意します。

		申告者	
ふりがな 氏名			
(通称名の場合) 戸籍上の氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	
旧住所			
新住所			
	<input type="checkbox"/> 転入済 <input type="checkbox"/> 転入予定	<input type="checkbox"/> 転入済 <input type="checkbox"/> 転入予定	
	(転入予定日:)	(転入予定日:)	
連絡先電話番号			
要件	<input type="checkbox"/> 一方又は双方が性的マイノリティである		
	<input type="checkbox"/> 両当事者が養子縁組の関係にない(ただし、養子縁組によって近親者となった者を除く。)		
	<input type="checkbox"/> 両当事者が養子縁組の関係にある		

【自治体使用欄】			
受理日(本県における宣誓日)	年	月	日
<input type="checkbox"/> 本人確認書類(運転免許証・個人番号カード・その他)			
継続申告の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	
(郵送申請の場合)本人宛送付日	年	月	日
通知日(転出地自治体宛)	年	月	日
その他備考欄()