

（表面）

パートナーシップ宣誓書

私たち、_____と_____は、
青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱に基づき、お互いをその人生のパートナー
とすることを宣誓します。

宣誓日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | (宣誓者) | (宣誓者) |
|--------|-------|-------|
| フリガナ | | |
| 氏名又は通称 | | |
| 住 所 | | |

- ※ この宣誓は、婚姻とは異なり法律上の効果が生じるものではありません。
- ※ お預かりした個人情報は、その目的を達成するためにのみ使用し、第三者に提供することはありません。

以下は、県担当課の記入欄です。

| | | |
|--------|------------------------|----|
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |

| | |
|-------|--|
| 受領証番号 | |
|-------|--|

(裏面)

パートナーシップの宣誓にあたっての確認

- 1 私たちは、青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱に基づくパートナーシップの宣誓をするにあたり、同要綱の規定を遵守します。また、下記の確認事項欄記載の内容は事実と相違ありません。
- 2 私たちは、現況確認のため本制度の所管部署が住民票、戸籍に記載されている事項について、確認することに同意します。また、受領証の提示先から青森県が当該受領証を交付していることの確認を求められた場合は、本制度の所管部署がこれに回答することに同意します。

記入日 年 月 日

フリガナ氏名 _____ フリガナ氏名 _____

(フリガナ) (通称) _____ (フリガナ) (通称) _____

(電話番号) _____ (電話番号) _____

(メールアドレス) _____ (メールアドレス) _____

| 要綱の規定 | 確 認 事 項 | |
|--------------------|---|--|
| | 項 目 | 回 答 (該当するものの□に「レ」を付けてください。) |
| (関係性) 第2条第1項 | 一方又は双方が、「性的指向(自己の恋愛又は性愛の対象となる性別についての指向)が異性愛のみではない者又は性自認(自己の性別についての認識)が出生時の性と異なる者」であり、互いの人生において、互いに協力して継続的に生活を共にすることを約束した関係にありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| (年齢要件) 第3条(1) | 宣誓する当日において、成年に達していますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| (居住要件) 第3条(2) | 下記のいずれかに該当しますか。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">①いずれか一方が県内に住所を有している。 ②いずれか一方が県内への転入を予定している。</div> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 該当する番号 () |
| (独身要件) 第3条(3) | 配偶者(婚姻の届出をしていないが事実上の婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)がおらず、宣誓に係る相手方以外の者とパートナーシップの関係にないですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| (近親者でない) 第3条(4) | 宣誓に係るパートナーと直系血族若しくは三親等内の傍系血族又は直系姻族の関係にないですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

本人確認及び受領証受領の方法をお選びください(該当するものの□に「✓」を付けてください。)

- 県庁舎において本人確認を行い、受領証を受け取る。
- オンラインにより本人確認を行い、郵送により受領証を受け取る。

様式第2号（第7条関係）

（表面）

| | | |
|--|---|---|
|  | 第 | 号 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">みほん</div> | | |
| 青森県パートナーシップ宣誓書受領証 | | |
| 青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱の規定に基づき、 パートナーシップの宣誓をされたことを証します。 | | |
| _____ 様 _____ 様 | | |
| 年 月 日 | | |
| 青 森 県 知 事 ○ ○ ○ ○ | | |

（裏面）

| |
|--|
| この受領証の提示を受けられた方は、青森県パートナーシップ 宣誓制度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。 |
| 【特記事項】 |
| 【緊急連絡先】 （この欄の記載は自由です。） ※急病や怪我等で万が一の場合、パートナーへ連絡してください。 （氏名と連絡先） _____ |
| 制度に関する問い合わせ先 青森県子ども家庭部県民活躍推進課男女共同参画グループ 電話017-734-9228 |

備考

- 1 寸法は、縦 54 ミリメートル、横 86 ミリメートルとする。
- 2 再交付をした場合、表面の受領証番号の下に、再交付をした年月日を記載する。
- 3 特記事項欄には、次に掲げる内容を記載する。
 - （1）通称名を使用した場合は戸籍上の氏名
 - （2）子の記載を希望した場合は当該子の氏名
 - （3）継続申告をし、当初の宣誓日の記載を希望した場合は当初の宣誓日

様式第3号（第7条関係）

転入予定者受付票

以下のとおり、青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱に基づき、パートナーシップ宣誓書を受け付けました。

| | |
|-------|----------------------------------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 提出者氏名 | 氏 名 (通 称) 氏 名 (通 称) |
| 連 絡 先 | |

本票に青森県内へ転入したことを証明する住民票の写しを添えて、下記期限までに提出してください。

※期限は、状況に応じて延長が認められることがあります。

提出期限： 年 月 日

お問い合わせ先
青森県子ども家庭部県民活躍課
電話番号：017-734-9228

パートナーシップ宣誓書受領証に係る子に関する届出書

_____年 _____月 _____日

青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱第8条の規定により、子に関する届出書を提出します。

(宣誓者)

(宣誓者)

| | | |
|--------|--|--|
| フリガナ | | |
| 氏名又は通称 | | |
| 住 所 | | |

(子)

(子)

| | | |
|------|---|-------------|
| フリガナ | | |
| 氏 名 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | 年 月 日 (満 歳) |
| フリガナ | | |
| 氏 名 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | 年 月 日 (満 歳) |
| 届出理由 | (いずれかに「✓」を付けてください。) <input type="checkbox"/> 子の氏名の記載 <input type="checkbox"/> 子の氏名の削除 <input type="checkbox"/> その他 () | |

※ 既に宣誓されている場合は、2名分のパートナーシップ宣誓書受領証（原本）を添付してください。

以下は、県担当課の記入欄です。

| | | |
|--------|------------------------|----|
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |

| | |
|-------|--|
| 受領証番号 | |
|-------|--|

子の氏名の記載に関する同意書（満15歳以上）

_____年 月 日

私は、（宣誓者）_____及び（宣誓者）_____が
青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱第8条の規定により、子として宣誓書受領証に
私の氏名を記載することに同意します。

【同意者】氏 名 _____

生年月日 _____年 月 日生（ _____歳）

宣誓者との関係 _____宣誓者（ _____ ）の子

パートナーシップ宣誓書受領証再交付申請書

_____年 _____月 _____日

(申請者)

| | |
|------------------------|--|
| フリガナ | |
| 氏名又は通称 | |
| 住 所 | |
| 連絡先 (メールアドレス又は電話番号) | |

_____年 _____月 _____日付で交付されました、パートナーシップ宣誓書受領証の再交付を受けたいので、青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱第9条の規定により申請します。

再交付を希望する理由（いずれかに○をつけてください。）

- (1) 紛失
- (2) 毀損
- (3) その他 (_____)

(宣誓者)

(宣誓者)

| | | |
|--------|--|--|
| フリガナ | | |
| 氏名又は通称 | | |
| 住 所 | | |

※ お預かりした個人情報は、その目的を達成するためにのみ使用し、第三者に提供することはありません。

※ 毀損の場合は、すでに発行している受領証を必ず添付してください。

本人確認及び受領証受領の方法をお選びください（該当するものの□に「✓」を付けてください。）。

- 県庁舎において本人確認を行い、受領証を受け取る。
- オンラインにより本人確認を行い、郵送により受領証を受け取る。

以下は、県担当課の記入欄です。

| | | |
|--------|------------------------|----|
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |

| | |
|-------|--|
| 受領証番号 | |
|-------|--|

パートナーシップ宣誓書受領証に関する申立書

_____年 ____月 ____日

青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱第10条第1項の規定により、パートナーシップ宣誓書受領証から私の氏名を削除するよう申し立てます。

(申立人) 住 所
氏 名
生年月日 _____年 ____月 ____日 (____歳)

| 宣 誓 者 | | |
|--------|--|--|
| フリガナ | | |
| 氏名又は通称 | | |
| 住 所 | | |
| 連絡先 | | |
| 備 考 | | |

以下は、県担当課の記入欄です。

| | | |
|--------------|------------------------------|----|
| 氏名 (_____) | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 (_____) | 備考 |
|--------------|------------------------------|----|

| | |
|-------|-------|
| 受領証番号 | _____ |
|-------|-------|

パートナーシップ宣誓書受領証返還届

年 月 日

(届出者)

| | |
|------------------------|--|
| フリガナ | |
| 氏名又は通称 | |
| 住 所 | |
| 連絡先 (メールアドレス又は電話番号) | |

青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱第12条の規定により、
パートナーシップ宣誓書の写し及びパートナーシップ宣誓書受領証を

- 返還します。
 紛失等で返還できませんが、次のとおり届け出ます。

返還等の理由（いずれかに○をつけてください。）

- (1) パートナーシップ関係の解消
 (2) 双方が県内に住所を有しなくなった
 (3) 宣誓者の一方が死亡
 (4) その他 ()

(宣誓者)

(宣誓者)

| | | |
|--------|--|--|
| フリガナ | | |
| 氏名及び通称 | | |
| 住 所 | | |

※ お預かりした個人情報、その目的を達成するためにのみ使用し、第三者に提供することはありません。

本人確認の方法をお選びください（該当するものの□に「✓」を付けてください。）。

- 県庁舎において本人確認を行う。 オンラインにより本人確認を行う。

以下は、県担当課の記入欄です。

| | | |
|--------|------------------------|----|
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |
| 氏名 () | 個人番号カード・旅券・免許証・その他 () | 備考 |

| | |
|-------|--|
| 受領証番号 | |
|-------|--|

パートナーシップ宣誓継続申告書

_____年 _____月 _____日

私たちは、_____（※交付を受けた自治体が市町村の場合は都道府県名から記載）からパートナーシップ宣誓書受領証（これに類するものを含む。）を交付されていること、また、青森県パートナーシップ宣誓制度実施要綱における宣誓要件を満たしていることを申告します。

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。

| 宣 誓 者 | | |
|------------------------|--|--|
| フリガナ | | |
| 氏名又は通称 | | |
| (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 (メールアドレス又は電話番号) | | |
| 要 件 | <input type="checkbox"/> 一方又は双方が性的マイノリティである | |
| 当初の宣誓日 | <input type="checkbox"/> 裏面に記載を希望する（ _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 希望しない | |

以下は、県担当課の記入欄です。

| | | |
|-------------|-----------------------------|----|
| 氏名（ _____ ） | 個人番号カード・旅券・免許証・その他（ _____ ） | 備考 |
| 氏名（ _____ ） | 個人番号カード・旅券・免許証・その他（ _____ ） | 備考 |

| | |
|-------|-------|
| 受領証番号 | _____ |
|-------|-------|