

DV等被害者出張相談申請書

※ 出張相談は事前申請制です。必ず、出張相談実施前に申請してください。

日本司法支援センター ●●地方事務所 ●●支部 御中 (FAX : ●●●●●●●●●●)

私は、以下の申込者から出張相談の実施を依頼されましたので、DV等被害者出張相談を申請します。

弁護士(出張相談担当者)

(登録番号:)

	申 請 日	年 月 日		
申 込 者 情 報	フリガナ			生 年 月 日
	申請者名			T / S / H 年 月 日 (歳)
	住所 (現在の居所)	〒 - 連絡が取れる電話番号 : - -		
申 請 内 容	相談予定日	年 月 日		
	相談場所	<input type="checkbox"/> 自宅住所 : <input type="checkbox"/> 避難先 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	相談内容	<input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> ストーカー <input type="checkbox"/> 児童虐待		
	紛争相手方氏名	申込者との関係		
	紛争相手方弁護士名			
出張相談要件	<input type="checkbox"/> 以下のいずれかに該当し、既設相談場所における相談へのアクセスが困難			
	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者			
	<input type="checkbox"/> 18歳未満の児童			
	<input type="checkbox"/> 心身に重度又は中度の障害がある者 (具体的な状況 :)			
	<input type="checkbox"/> 負傷又は疾病により既設相談場所に赴くことが困難な者 (具体的な状況 :)			
	<input type="checkbox"/> 既設相談場所まで公共交通機関を利用して往復3時間以上を要する地域に居住する者 であり、かつ、センターが特に認める者			
	<input type="checkbox"/> 上記以外のやむを得ない事情により既設相談場所に赴くことが困難な者 (具体的な事情 :)			
	その他(留意事項等)			