

# 「鴻巣市パートナーシップ・ファミリーシップ宣誓制度」に拡充

鴻巣市では、性的少数者をはじめ、様々な事情によって婚姻の届出をせず、あるいはできず、悩みや生きづらさを抱えている市民の方々に寄り添っていくため、令和2年12月1日から「鴻巣市パートナーシップ宣誓制度」を導入しています。

令和3年12月1日から、新たにファミリーシップを加え、「鴻巣市パートナーシップ・ファミリーシップ宣誓制度」として拡充します。

この制度は、パートナーシップを宣誓する方に一緒に暮らしている未成年の子どもがいる場合、家族として生活を共にすることを併せて宣誓できる制度です。

宣誓したことを市が証明することで、当事者が抱える生活上の生きづらさの軽減を目指すとともに、制度の導入により、多様な家族の形の理解を広め、人生のパートナーや大切な人といきいきと生活することができる社会の構築をさらに推進します。

## 1 対象要件（ファミリーシップ宣誓に係る要件）

○子がパートナーの一方又は双方の実子又は養子であり、かつ、パートナーの一方又は双方と生計を同一としていること

## 2 必要書類（ファミリーシップ宣誓に係る書類）

○子の住民票の写し

○子が宣誓希望者の一方又は双方の実子又は養子であることが確認できる書類

## 3 証明書等の交付

### 証明カード（表面）

以下の部分を使用して緊急時の医療提供に関する意思表示をすることができます(記入は自由です。)。記入する方は、1か2のいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、医療の提供に関し私の意思の確認が困難な場合、宣誓パートナーに対して代理人として情報の開示と医療行為・手術への同意・面会を許可し、医療機関に対しこの意思の履行への協力・対応を求めます。
2. 私は、医療の提供に関し私の意思の確認が困難な場合、宣誓パートナーに対して代理人として情報の開示と医療行為・手術への同意・面会を許可しません。

《1を選んだ方で、許可しない項目があれば、Xをつけてください。》

【情報の開示・医療行為への同意・手術への同意・面会】

[特記欄： ]

（自筆署名）

（署名年月日）



※医療提供に関する意思表示欄を設けていることが特徴となっています。

## 証明カード（裏面）

<p><b>鴻巣市 パートナーシップ 宣誓証明カード</b> <b>ファミリーシップ</b></p> <p>鴻巣市パートナーシップ・ファミリーシップの宣誓の取扱いに関する要綱の規定に基づき、パートナーシップ・ファミリーシップの宣誓がされたことを証します。</p> <p>_____様 _____様 第 号 宣誓日 年 月 日 鴻巣市長</p> 	<p>このカードは、人生のパートナー・ファミリーとして、相互に協力し合う関係であると宣誓されたことを鴻巣市として証するものです。法的な効力を有するものではありませんが、カードの提示を受けた方は、上記の趣旨をご理解くださいますようお願いいたします。</p> <p><b>特記事項</b> 戸籍上の氏名</p> <table><tr><td>【本人】 氏名</td><td>_____</td><td>【パートナー】 氏名</td><td>_____</td></tr><tr><td></td><td>年 月 日生</td><td></td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>【子】 氏名</td><td>_____</td><td>氏名</td><td>_____</td></tr><tr><td></td><td>年 月 日生</td><td></td><td>年 月 日生</td></tr></table>	【本人】 氏名	_____	【パートナー】 氏名	_____		年 月 日生		年 月 日生	【子】 氏名	_____	氏名	_____		年 月 日生		年 月 日生
【本人】 氏名	_____	【パートナー】 氏名	_____														
	年 月 日生		年 月 日生														
【子】 氏名	_____	氏名	_____														
	年 月 日生		年 月 日生														

## 4 その他

- ①北足立郡市医師会に「多様な性自認・性的指向の方々への配慮及び対応」、「証明カードの提示を受けた際の配慮」について協力依頼
- ②職員・教職員のための性自認及び性的指向に関する対応ガイドラインを作成  
(教職員の対応を新たに追加し、ガイドライン①～③を1つにまとめ、公務における配慮及び対応について周知)

## 5 問い合わせ先

鴻巣市やさしさ支援課

〒365-8601 鴻巣市中央 1-1 本庁舎 4 階

電話：048-541-1321（代表）

：048-541-9018（課直通）

FAX：048-577-8466

メール：[yasasisa@city.kounosu.saitama.jp](mailto:yasasisa@city.kounosu.saitama.jp)

