Washington State Department of Social & Health Services

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

# チャイルドサポート照会状
# CHILD SUPPORT REFERRAL

養育費課は、Social Security Act のTitle IV-D にて定められているとおり、チャイルドサポート（養育費）の支払い強制目的にあなたの個人情報およびソーシャルセキュリティ番号を使用します。

## A. 子供の父母に関する情報について

| 子供の母親について | | | | | 子供の父親について | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名（ファーストネーム/ミドルネーム/ラストネーム）： | | | | | 氏名（ファーストネーム/ミドルネーム/ラストネーム）： | | | | |
| その他の氏名を使用の場合はその氏名： | | | | | その他の氏名を使用の場合はその氏名： | | | | |
| P.O. Box またはストリートアドレス： | | | | | P.O. Box またはストリート名： | | | | |
| 市： | 州： | 郵便番号： | | | 市： | 州： | 郵便番号： | | |
| 自宅電話番号：<br>(　　) | 留守番電話の電話番号：<br>(　　) | | | | 自宅電話番号：<br>(　　) | 留守番電話の電話番号：<br>(　　) | | | |
| Eメールアドレス： | | | | | Eメールアドレス： | | | | |
| ソーシャルセキュリティ番号： | 生年月日（月/日/年）： | | | | ソーシャルセキュリティ番号： | 生年月日（月/日/年）： | | | |
| 出生地（市/郡/州/国）： | | | | | 出生地（市/郡/州/国）： | | | | |
| 人種： | 身長： | 体重： | 髪の色： | 目の色： | 人種： | 身長： | 体重： | 髪の色： | 目の色： |
| 母国語（英語以外の言語による連絡が必要な場合）： | | | | | 母国語（英語以外の言語による連絡が必要な場合）： | | | | |
| インディアン部族に属する場合、その部族名： | | | | | インディアン部族に属する場合、その部族名： | | | | |
| インディアン居留地に在住ですか？ ☐ いいえ ☐はい | | | | | インディアン居留地に在住ですか？ ☐ いいえ ☐ はい | | | | |
| 最終雇用者名： | | | | | 最終雇用者名： | | | | |
| 雇用先の P.O. Box またはストリートアドレス： | | | | | 雇用先の P.O. Box またはストリートアドレス： | | | | |
| 雇用先所在地の市： | 州： | 郵便番号： | | | 雇用先所在地の市： | 州： | 郵便番号： | | |
| 雇用先電話番号：<br>(　　) | | | | | 雇用先電話番号：<br>(　　) | | | | |
| 母親の父親氏名： | 母親の母親の旧姓： | | | | 父親の父親氏名： | 父親の母親の旧姓： | | | |

## B. 子供の住所について

2ページ目に記載されている子供と同居している者： ☐ 母親 ☐ 父親
☐ その他（具体的に）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親権を持たない親が、ワシントン州内において子供と同居もしくは子供に養育費を与えたことがありますか？ ☐ いいえ ☐ はい
「はい」の場合それはいつでしたか?

## C. 子供が母親とも父親とも同居していない場合、この欄にご記入ください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| あなたの氏名： | | P.O. Box またはストリートアドレス： | | |
| ソーシャルセキュリティ番号： | 生年月日： | 市： | 州： | 郵便番号： |
| 電話番号：<br>(　　) | | 子供との続柄： | | |

## D. 養育費を必要とする子供の情報について

1ページ目に記載されている親の子供で、あなたの家に同居している子供のみについて記入してください。 必要に応じて、ページを付け足してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名（ファーストネーム/ミドルネーム/ラストネーム）： | 性別： | ソーシャルセキュリティ番号： | 父親は、父子関係宣誓供述書に署名しましたか？☐いいえ ☐はい |
| 生年月日（月/日/年）： | 出生地（市/郡/州/国）： | | |
| 母親は、ワシントン州内においてこの子供を妊娠しましたか？ ☐ いいえ ☐ はい | 「いいえ」の場合どこで妊娠しましたか？（郡/州）： | | |
| この子供への養育費支払い命令が出されていますか？ ☐ いいえ ☐ はい | 「はい」の場合、命令が出された日付 | 「はい」の場合、命令が登録された場所（郡/州/部族）： | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名（ファーストネーム/ミドルネーム/ラストネーム）： | 性別： | ソーシャルセキュリティ番号： | 父親は、父子関係宣誓供述書に署名しましたか？☐いいえ ☐はい |
| 生年月日（月/日/年）： | 出生地（市/郡/州/国）： | | |
| 母親は、ワシントン州内においてこの子供を妊娠しましたか？ ☐ いいえ ☐ はい | 「いいえ」の場合どこで妊娠しましたか？（郡/州）： | | |
| この子供への養育費支払い命令が出されていますか？ ☐いいえ ☐ はい | 「はい」の場合、命令が出された日付（月/日/年）： | 「はい」の場合、命令が出された場所（郡/州/部族）： | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名（ファーストネーム/ミドルネーム/ラストネーム）： | 性別： | ソーシャルセキュリティ番号： | 父親は、父子関係宣誓供述書に署名しましたか？☐いいえ ☐はい |
| 生年月日（月/日/年）： | 出生地（市/郡/州/国）： | | |
| 母親は、ワシントン州内においてこの子供を妊娠しましたか？ ☐ いいえ ☐ はい | 「いいえ」の場合どこで妊娠しましたか？（郡/州）： | | |
| この子供への養育費支払い命令が出されていますか？ ☐いいえ ☐ はい | 「はい」の場合、命令が出された日付（月/日/年）： | 「はい」の場合、命令が出された場所（郡/州/部族）： | |

## E. 上記記載の子供の父母の結婚に関する情報について

| | |
|---|---|
| 結婚した日（月/日/年）： | 結婚した場所（郡/州）： |
| 離婚した日（月/日/年）： | 離婚した場所(郡/州)： |
| 別居した日（月/日/年）： | 別居した場所（郡/州）： |

## F. 公的扶助および養育費の支払いについて

上記の子供またはあなた自身が、州もしくはインディアン部族からの公的扶助を受けたことがありますか？ ☐ いいえ ☐ はい

| | |
|---|---|
| 「はい」の場合どこで扶助を受けましたか（郡/州/部族名）： | 「はい」の場合いつ扶助を受けましたか（月/年）： |

上記の子供への養育費支払い命令が出されている場合、親権のない親はその子供のために合計いくらの養育費をあなたに支払いましたか？（州もしくはインディアン部族へ支払い義務のある金額は含まないこと）$ _____.

養育費を受けた期間 （開始日）_____ （終了日）_____.

養育費支払い命令のコピーを全て添付してください。

## G. 宣言

養育費の支払い責任のある親からの養育費回収に関する情報に変更または追加が発生した場合は、書面にて速やかに養育費課に報告することに同意します。

ワシントン州法のもと、偽証罪の刑罰のもとにおいて、上述が真実かつ正確であることを証明または宣言します。

ワシント _____ 市にて署名

| | |
|---|---|
| 署名： | 日付： |

雇用、サービス、もしくは当プログラムの活動のいかなる面においても、人種、肌の色、国籍、信条、宗教、性別、年齢、障害の有無によって差別されることはありません。 この用紙は、ご希望により代替のフォーマットにてご用意しています。