

令和 年 月 日

鹿児島県母子寡婦福祉連合会理事長 殿

ひとり親家庭等日常生活支援対象家庭登録申請書

家庭生活支援員の派遣対象世帯として登録下さるよう申請します。なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。

申請書	住所	龍郷町			
	氏名	☎ 電話 (- -)			
	勤務先等の所在地及び名称	電話 (- -)			
	生年月日	年 月 日生 (才)			
日常生活支援員の派遣を必要とする理由		1 申請者本人が支援を要する 2 同居の児童が支援を要する 3 同居の祖父母が支援を要する 4 その他 ()			
家族の状況	氏名	申請人との続柄	生年月日	児童・生徒の学校名・学年	備考