

第1号様式（第7条関係）

ひとり親家庭等日常生活支援申請書

年 月 日

公益社団法人沖縄県母子寡婦福祉連合会長 殿

ひとり親家庭等日常生活支援事業制度の趣旨により必要な場合には、家庭生活支援員を派遣していただくよう申請します。

ふりがな 申請者の氏名				年 月 日生 (歳)	(職 業) 有 ・ 無
自 宅 住 所		〒 () (TEL) (FAX)			
緊急連絡先		勤 務 先 (TEL) - - その他の連絡先 (携帯等) - -			
	ふ り が な 氏 名	性別	続 柄	生 年 月 日 (年齢)	健康状態などの 参 考 事 項
同 居 の 家 族				年 月 日 (歳)	
				年 月 日 (歳)	
				年 月 日 (歳)	
				年 月 日 (歳)	
				年 月 日 (歳)	
○その他、特記すべき事項がありましたら記入してください。					

(添付書類) 母子家庭、父子家庭又は寡婦であることを証明する書類(児童扶養手当証書、母子及び父子家庭等医療費受給証、戸籍謄本、住民票等の写し)