

ひとり親家庭等日常生活支援申請書

年 月 日

沖縄県知事 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	印	年 月 日 (歳)	(職業) 有 ・ 無		
申請者の個人番号	〒 ()				
自宅住所	(電話) - - (FAX) - -				
緊急連絡先	勤務先 その他連絡先	(電話) - - (FAX) - -			
	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					
○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)

- ①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者証、住民票の写し）
- ②所得と課税の状況がわかるもの（第2号様式又は市町村民税課税証明書等の写し）
- ③生活保護世帯の方は、生活保護法による保護受給証明書

同 意 欄

下記の者は、沖縄県が母子及び父子並びに寡婦福祉法十七条、三十一条の七、三十三条及びひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱に基づいた事務手続きを処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

同意者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	