様式第2号(第2条関係)

母子生活支援施設入所承諾書

第　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

八頭町福祉事務所長　　　　　　　　印

　　母子生活支援施設への入所について次のとおり承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 保護者 |  | 女 |  |  |
| 児童 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 入所母子生活支援施設名 |  | | | |
| 実施期間 | 年　月　日から　　年　月　日まで | | | |
| 徴収金の月額 | 円 | | | |
| ＊　徴収金について変更のあった場合には、その旨通知します。  ＊　母子生活支援施設入所申込書の記載事項に変更が生じた場合には、速やかにその旨を届け出てください。  ＊　母子生活支援施設への入所が適当と認められなくなった場合には、母子保護の実施を解除します。 | | | | |