様式第1号(第2条関係)

母子生活支援施設入所申込書

年　　月　　日

　　　八頭町福祉事務所長　様

住所

申請者

氏名

(電話　　－　　　　)

　　母子生活支援施設への入所について次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 保護者 | 　 | 女 | 　 | 　 |
| 児童 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保護者の職業 | 　 |
| 希望期間 | 　　年　月　日から　　年　月　日まで |
| 入所を希望する理由 | 　 |
| 生活保護等の状況 | 　適用なし　適用あり(　年　月　日　保護(支援給付)開始) |

添付書類　戸籍謄本・課税証明書