

堺市ひとり親家庭等日常生活支援事業派遣対象家庭登録申請書

年 月 日

堺市長 殿

郵便番号

申請者 住 所

氏 名

電話番号

堺市ひとり親家庭等日常生活支援事業の実施に関する要綱第4項の規定に基づき、ひとり親家庭等日常生活支援事業の家庭生活支援員の派遣対象家庭として登録したいので申請します。

市が登録及び負担金の決定並びに派遣申出承諾のため、世帯情報及び児童扶養手当受給情報を閲覧し、又は収集すること並びに市町村民税の課税状況（同一世帯者を含む。）又は生活保護法による被保護世帯等に関する調査又は確認を行うことを承諾します。

1 登録を希望する世帯の状況

	フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	性別	個人番号	職業又は 就学の状況
世帯員	1	本人		男・女		
	2			男・女		
	3			男・女		
	4			男・女		
	5			男・女		
備考						
費用負担区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯	<input type="checkbox"/> その他世帯		

2 母子家庭又は父子家庭となった年月日 年 月 日

3 派遣を必要とする事由

.....
.....
.....
.....
.....

4 希望派遣時間及び期間

派遣時間：1日 時間 派遣期間： 年 月 日から 年 月 日まで

- (注)
- 1 申請者氏名を申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。
 - 2 「世帯員」の欄は、登録を希望する保護者及びその同居する児童等世帯員の全員について記入してください。
 - 3 備考欄については、健康状況等派遣につき参考となるべき事項を記入してください。
 - 4 派遣の期間は、1回の申請につき延べ30日を超えることはできません。また、年間で延べ150時間以内とします。