様式第１号

滋賀県ひとり親家庭等家庭生活支援員派遣対象家庭選定申請書

私は、次のことを承諾したうえで家庭生活支援員派遣対象家庭として選定されたく申請します。

・ひとり親家庭等日常生活支援事業の実施に必要な範囲内で県母子福祉のぞみ会に対し下記の個人情報を提供すること。

申請日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 住所 | | 〒　　　　－ | | | | ℡ | （自宅） | | |
| （携帯） | | |
| 勤務先名 | |  | | | | ℡ |  | | |
| 類型 | | ☐　母子家庭　　　　☐　父子家庭　　　　☐　寡婦 | | | | | | | |
| 家　族　状　況 | 氏　　名 | | 続柄 | 生年月日 | | | | 同居別 | 職業・学校名等 |
|  | |  | 年　　月　　日生 | | | | 同・別 |  |
|  | |  | 年　　月　　日生 | | | | 同・別 |  |
|  | |  | 年　　月　　日生 | | | | 同・別 |  |
|  | |  | 年　　月　　日生 | | | | 同・別 |  |
|  | |  | 年　　月　　日生 | | | | 同・別 |  |
| 申請理由 | |  | | | | | | | |