

様式第1号

所沢市家庭生活支援員派遣対象家庭登録申請書

年 月 日

(宛先)所沢市長

住所 所沢市

申請者

氏名



下記のとおり所沢市家庭生活支援員派遣対象家庭登録簿への登録を申請します。

なお、費用の負担決定のため必要があるときは、申請者及び同居親族について、市の課税台帳等により所得額及び市民税課税状況並びに生活保護の適用状況の確認を行うことに同意します。

ふりがな		男	生年月日(年齢)
氏名		・	年 月 日( 歳)
住所	〒 所沢市		
電話番号		緊急連絡先	
職業		連絡先(電話)	
家庭区分	1 母子家庭      2 父子家庭      3 寡婦		
児童の状況	児童氏名	生年月日	保育所、幼稚園、学校名
		・ ・	
		・ ・	
		・ ・	
児童以外の同居親族の有無	有 ・ 無	有の場合の氏名・続柄	