

様式第1号

ひとり親家庭等家庭生活支援員派遣等対象家庭名簿登録申請書

年 月 日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

ひとり親家庭等家庭生活支援員派遣対象家庭名簿に登録されるよう申請します。

なお、申請にあたり、次に掲げる事項について同意いたします。

- 家族構成等の異動があり、ひとり親家庭でなくなった場合は、速やかにその旨に連絡すること
- 本申請に係る個人情報について、利用する事業者（受託事業者）や施設（預かり先）に対して情報を提供すること

利用者	世帯の種別	母子家庭・父子家庭・寡婦・離婚前の困難を抱える母又は父				
	氏名	生年月日		職業		
		年齢				
住所	TEL ( ) -					
同居世帯の状況	続柄	氏名	生年月日	年齢	性別	職業又は学校等
		( )				
		( )				
		( )				
		( )				
		( )				

※添付書類として「児童扶養手当証書」を添付すること。

【申立書】（児童扶養手当証書を有していない場合、記入）

--

※ひとり親家庭であることについて、申立書に記入願います。

※なお、虚偽の申告による不正利用が発覚した場合、当事業の利用停止及び利用料の負担分の請求を行う場合がございます。