

地域歳末見舞金交付申請書

令和 年 月 日

下松市社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、歳末たすけあい見舞金の交付を申請します。

ふりがな			
申請者 (保護者)	印		
住所	〒 自治会名 () 【団地・アパート名・室番号】	☎ () —	
福祉医療費受給者証記号番号 (ひとり親家庭医療費助成用)		記号 8 2 番号	
世帯 状 況	続柄	氏名	年齢
同意書			
下松市社会福祉協議会が、地区担当民生児童委員へ申請状況 (情報) を開示し、地区担当民生児童委員による訪問での見舞金の交付を受けることに同意します。			
申請者 (保護者)			印
確認年月日	令和 年 月 日	確認者	印

※網掛け部分は記入しないでください。(事務局記入)

※この申請書に記載された個人情報や添付書類は、本事業以外の目的には使用しません。

※申請者である保護者の福祉医療費受給者証 (ひとり親家庭医療費助成用) の写しを添付して下さい。