

江東区長 殿

こうとう家事・育児サポート事業（ひとり親家庭訪問支援）利用申請書

以下のとおり、こうとう家事・育児サポート事業（ひとり親家庭訪問支援）の利用を申請します。利用決定に当たり必要な情報（住民登録等）について、公簿等による確認を行うことに同意いたします。また、区とサービス提供を行う事業者との間で、当事業の実施に必要な情報を共有することについて同意します。

申請者について

申請者	フリガナ氏名			生年月日	年 月 日( 歳)	
	住所	〒 江東区 ※建物名まで記入してください。			対象児童との関係 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他( )	
	電話番号	(自宅)	携帯電話			
児童育成手当受給状況	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未受給 <input type="checkbox"/> その他( )					
ひとり親家庭となった事由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡(父・母) <input type="checkbox"/> 障害(父・母) <input type="checkbox"/> 生死不明(父・母) <input type="checkbox"/> 遺棄(父・母) <input type="checkbox"/> 保護命令(父・母) <input type="checkbox"/> 拘禁(父・母) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 事実婚解消 <input type="checkbox"/> その他( )					

世帯状況

世帯の状況 (申請者除く)	氏名	続柄	年齢	生年月日	支援対象児童に○印
			歳	年 月 日	
			歳	年 月 日	
			歳	年 月 日	
			歳	年 月 日	

緊急時に連絡ができる方（上記以外の方をご記入ください。）

緊急連絡先	フリガナ氏名	申請者との関係	緊急連絡先

この申請書を記入した方

フリガナ氏名		申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ( )
連絡先(上記欄で記載していない場合のみ)		—	—

児童育成手当（育成手当）担当と情報を共有することがあります。

※区処理欄

- 本人確認書類（個・免・保・パ・他( )）戸籍謄本等  
育成手当の受給（有・無）児童扶養手当の資格確認（済・未済）  
要件に応じた必要書類（ )

登録番号
—