

様式第1（第6条関係）

母子父子家庭等友愛事業支給申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人
北名古屋市社会福祉協議会長 様

申請者（保護者）

〒 -
住所 北名古屋市

ふりがな
氏名

電話

生年月日 昭和
平成 年 月 日

代筆者氏名 続柄

次のとおり母子父子家庭等友愛事業の支給（バースデイカード発送）を申請します。

・バースデイカード発送児童

ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	平成 年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	平成 年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	平成 年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	平成 年 月 日
ふりがな		性別	男 ・ 女
児童氏名		生年月日	平成 年 月 日

本サービスを利用するにあたって社会福祉協議会が業務上必要な範囲において行政等から関係資料を
取得することに同意します。

申請者氏名

太枠内にご記入ください。

※児童課記入欄

保護者との同居別居の別	別居の場合の児童名	遺児手当受給の有無	受給開始年月	児童課確認者	確認年月日
同居 ・ 別居		有 ・ 無	平成 年 月		/

※社協記入欄

遺児手当認定通知書（確認者 ）

（本申請書に記載された個人情報は、本事業にのみ使用します。）