

様式第1号

ひとり親家庭等日常生活支援事業対象家庭登録申請書

年 月 日

岩手県知事

様

(フリガナ)

申請者氏名

【個人番号： _____】

ひとり親家庭等日常生活支援事業対象家庭として登録したいので、申請します。

申請者の状況	住 所			電 話				
	生年月日	年 月 日						
	職 業	1. 無職 2. 常勤従事者 3. 日雇者 4. 自営業 5. 臨時従事者 6. その他						
	健康状態	1. 病気治療中 (イ. 通院中 ロ. 入院中) 2. やや病弱 3. 健康 4. 極めて健康						
	所得金額	(扶養者数 人) 円		◎ 児童扶養手当受給の有無 有 (証書番号 _____) 無				
	生活保護受給状況	受給している			受給していない			
	市町村民税課税状況	非課税			課税			
家庭の状況	続柄	氏 名	生年月日	年 齢	健康状態	昨年の総所得金額	生活保護受給の有無	市町村民税課税状況
		個人番号					有・無	課税・非課税
		個人番号					有・無	課税・非課税
		個人番号					有・無	課税・非課税
母子 (寡婦、父子) 世帯となった原因	1. 死別 2. 離婚 3. 遺棄 4. 生死不明 5. 法令拘禁 6. 夫 (妻) の障害 7. その他 (原因発生年月日 年 月 日)							
世帯区分	1. 母子世帯 2. 寡婦 3. 父子世帯							
市町村長の意見	年 月 日 市町村長							
地方税関係情報に伴う当世帯の同意書の有無	有 (別紙のとおり) ・ 無							

※ 所得金額は、児童扶養手当法による所得の計算方法によること。