

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)			◎ 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
		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。