

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

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 〒 -

ふりがな  
氏名

電話

生年月日 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 (バースデイカード等発送) を申請します。

・バースデイカード等発送児童

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

※ 注 意 事 項

- ① 婚姻 (事実上、婚姻関係とみなされるものを含む) 等された場合は、資格喪失となります。
- ② 市内・市外に関わらず、お引越しをされましたら、必ず本会までご連絡をお願いいたします。  
※ お引越しのご連絡がなく、本会がお引越しの事実を把握した場合、バースデイカード等の発送を停止することがあります。
- ③ 必要に応じて、母子・父子家庭医療費受給者証や児童扶養手当証書など、母子父子家庭等であることがわかる書類の提出を  
求めることがあります。
- ④ 虚偽の申請、不正な手段により受給を受けたことが発覚した場合、支給を取り消すとともに、バースデイカード等相当額の  
全部又は一部の返還を求めることがあります。

(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。)