

令和8年 月 日

揖斐川町社会福祉協議会長 様

住 所 揖斐川町

保護者名

電 話

令和8年度 ひとり親家庭等支援事業 申請書
(共同募金配分金事業)

揖斐川町社会福祉協議会の実施する、みだしの事業について下記のとおり申請します。
※下記の各項の内容に同意します。

- ①申請書の内容に関して揖斐川町社会福祉協議会が揖斐川町に照会する場合があります。
- ②図書カードは民生委員児童委員さんから配付されること。

1. 家族の状況(ご本人と、平成20年4月1日以降生まれの方のみご記入ください。)

氏 名		続 柄	性別	生 年 月 日	年齢
		本 人 (保護者)	男・女	昭・平 年 月 日	
1			男・女	平・令 年 月 日	
2			男・女	平・令 年 月 日	
3			男・女	平・令 年 月 日	
4			男・女	平・令 年 月 日	

2. 申請金額(子どもの人数を記入してください)

図書カード 2,000 円 × 人 = 円

3. 本事業や民生委員児童委員の方へのご意見ご感想等あればご記入ください。

.....

.....

※申請書の締切は 10月30日(金)です。