様式第2号（第2条関係）

丸亀市母子生活支援施設入所申込書

　　　　年　　月　　日

丸亀市福祉事務所長　宛

申込者　住所

氏名

電話番号　　（　　）

次のとおり母子生活支援施設に入所したいので申込みます。なお、施設入所の事務

に必要な住民登録及び市税に関する賦課徴収資料の調査を承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所を希望する  母子生活支援施設の名称 |  |
| 入所を希望する期間 | 年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日 |
| 入所を希望する  具体的理由 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成員の氏名 | 申込者との続柄 | 生年月日 | | 個人番号  (注)1 | | 摘　　要  (注)2 |
|  | 本人 |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| 課 税 の 状 況  (注)3 | 本年度分の市町村民税額 | | | | 前年分の所得税額 | |
| 均等割額 | | 所得割額 | |
| 円 | | 円 | | 円 | |
| 生活保護の状況 | 無　　　・　　　有　（　　　　　年　 月　 日開始） | | | | | |
| 1ヶ月当たりの扶助費 | | | | 円 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **＊**(注)4  担当者の意見 | 要・否  （理由） | **＊**(注)4  入所申込みの  承諾 | 要・否  （母子生活支援施設名）  　　年　月　日承諾 |

（注）１　「個人番号」の欄は、世帯構成員のマイナンバー(12桁)を記入して下さい。

２　「摘要」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年及び健康状態を

記入すること。

３　「課税の状況」の欄は、申込者に係る税額と、申込者と生計を一にしている扶

養義務者に係る税額との合計額を記入すること。

４　**＊**印の欄は、記入しないこと。