様式第24号(別表第2関係)

**未婚の母（父）子についての確認願**

|  |
| --- |
| 年　　月　　日民生委員・児童委員　　　　　　　　　　　様申立人住所　　　氏名　福祉医療費助成制度（ひとり親）の認定請求を行うために必要なので、下記のとおり未婚の母（父）子であることを確認願います。記 |
| 児童の父（母）の氏名及び生年月日 | 年　　月　　日　　生 |
| 児童の父（母）からの定期的な生計の補助 | １　あり（月　　　　　　万円程度）　２　なし |
| 申立者と児童の父（母）との交流の状況 | １　定期的な訪問がある（月　　回）　２　なし |
| その他参考事項 |  |
| 民生委員・児童委員 確認欄 | 年　　月　　日上記の申立てが事実であることを確認します。　　　　　　　　　　　　　民生児童委員　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　申立人　　　　　　　　　　　様 |

　この確認願いは、福祉医療費助成制度（ひとり親）の認定請求をする児童の母（父）が、未婚の母（父）子である場合に提出して下さい。