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。