様式第22号(別表第2関係)

配偶者又は父母が引き続き1年以上対象者を遺棄していることの確認願

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　民生・児童委員　　　　　　　　　　　　　様申立人　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　福祉医療費助成制度(母子、父子、遺児)の認定請求を行うために必要ですので、下記のことが事実であることを確認願います。記 |
| 父又は母の氏名及び生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 遺棄されている期間 | 　　年　　月　　日から引き続き現在まで |
| 遺棄された当時の住所 | 　 |
| 遺棄された当時の状況 | 　 |
| その後の経過 | 　 |
| その他参考事項 | 　 |
| 民生・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　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　申立人　　　　　　　　　　　　　　様 |

　この願は、配偶者又は父母が対象者を引き続き1年以上遺棄していることにより福祉医療費助成制度(母子、父子、遺児)の認定請求をする場合に添付してください。