様式第23号(別表第2関係)

配偶者又は父母が海外にあるためその扶養を受けられないことの確認願

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、下記のとおり配偶者が海外にあるためその扶養を受けることができないことを確認願います。  記 | | |
| 配偶者又は父母の氏名及び生年月日 | | 年　　月　　日生 |
| 扶養を受けられなくなった年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 扶養を受けることのできない理由 | |  |
| 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、福祉医療費助成制度(母子、父子、遺児)の認定請求をする対象者が、対象者の配偶者又は父母が海外にあるため、その扶養を受けることができない場合に提出してください。