

様式第 10 号の 3 (第 9 条の 2 関係)

児童自立生活援助実施申込書

お住まいの児童相談所長宛

職 氏 名 様

平成 年 月 日

記入された日

郵便番号
申込者 住 所
氏 名

Ⓜ

← 全て記入してください

児童自立生活援助の実施について、児童福祉法第 33 条の 6 第 2 項の規定により、次のとおり申込みます。

実施希望者	氏名	鳥取 花子	
	性別	女	
	居住地	鳥取県〇〇町〇〇	
	生年月日	H〇〇年〇〇月〇〇日	
	措置解除施設名	××××××	
	職業	事業所名	
	所在地	鳥取県〇〇町〇〇	
家族状況	続柄	父	
	氏名	鳥取 太郎	
	続柄	母	
	氏名	鳥取 海子	
	続柄		
	氏名		
連絡先	住所	鳥取県〇〇町〇〇	
	電話番号	1234 - 56 - 7890	
入居を希望する事業所名		××××	
自立生活援助の実施を希望する理由		生活指導, 就職の支援が必要なため	
自立生活援助の実施を希望する期間		平成〇〇年〇〇月から 平成〇〇年〇〇月まで	

← 表の全ての欄の記入をお願いします。

注

- この実施申込書は、居住地域を所管する児童相談所長に提出してください。なお、児童自立生活援助事業者が、実施希望者に代わって当該申込書を提出する場合には、委任状を添付してください。
- この実施申込書には、住民票、所得課税証明書を添付してください。
- 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。