

※ ケース番号

保護申請書

※ 町 村 役 場 受 付 年 月 日	※ 健康福祉こどもセンター 受 付 年 月 日

現 住 所	希望する 保護の種類	生活・住宅・教育・医療・介護 出産・生業
-------	---------------	-------------------------

家 族 の 状 況	(ふりがな) 氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	職 業	教育 程度	通院又は入院して いる医療機関名	備 考
	1		世帯主	男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	2			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	3			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	4			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	5			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	6			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	7			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	8			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	9			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	10			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			
	11			男 女	明治・大正・昭和・平成 ・			

保護を申請する理由（具体的に記入してください。）

上記のとおり、生活保護法による保護を申請します。

平成 年 月 日

住 所

要保護者との関係

氏 名

⑩

地方健康福祉こどもセンター所長 殿

(注意事項) ※印欄には、記入しないでください。
氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。