

(様式第1号)

入所申込通知書
(入所委託書)

第 号
年 月 日

母子生活支援施設の長 殿

茨城県知事(福祉事務所長)
市 長(福祉事務所長) 印

下記の者から貴母子生活支援施設へ入所申込みがありましたので通知いたします。
(下記の者を貴母子生活支援施設へ委託いたしますのでよろしくお願いいたします。)

記

ふりがな 入所者の氏名				
生年月日 (年齢)				
続柄				
入所(委託) 年月日				
添付書類	1 児童福祉台帳 2 母子生活支援施設入所申込書 3 意見書 4 世帯員の戸籍謄本 5 世帯員の健康診断書 6 世帯員の病原性腸内細菌検査成績書 7 ケースの概要			

(様式2号)

児 童 福 祉 台 帳

ケース 番号	入所開始日年月日			年	月	日	
	入所解除年月日			年	月	日	
(ふりがな)	本 籍						
世帯主名	現住所						
家族の 状況	氏名	続柄	生年月日	職業	月收入	教育程度	
家計 状況	資産	負債	租税公課	月 額 収 入			
				収 入	支 出		
				1	円	1	円
				2	円	2	円
				3	円	3	円
			4	円	4	円	
			計	円	計	円	
公的 扶助	扶 助 の 種 類		扶 助 額		台帳の記載番号		

ケースの概要と 入所の理由				
入 所 の 場 合	入所施設名 所在地			
	費用負担能力 (徴収金月額)			
	費用負担(徴収金)額の変動状況	年 月 日 円	年 月 日 円	年 月 日 円
指導担当者氏名		年 月 日	年 月 日	年 月 日
既往症生育歴及び 現在の健康状況				
家庭及び社会環境				
教職員及び児童委員 その他関係者の児童について の意見				
指導方針				
入所の変更				

(様式第3号)

第	号				
<h3>母子生活支援施設入所承諾書</h3>					
文書番号					
年 月 日					
茨城県知事（福祉事務所長） 市長（福祉事務所長） 印					
殿					
申込みのありました母子生活支援施設への入所について次のとおり承諾いたします。					
入所する保護者及び その監護する児童の氏名					
入所する母子生活支援 施設の名称及び所在地					
母子保護の実施期間		年 月 日 から		年 月 日	
徴収金の月額及び納入方法					

- 備考
- 1 徴収金について変更があった場合は、その旨通知いたします。
 - 2 母子生活支援施設入所申込書の記載事項に変更が生じた場合は、速やかにその旨を届け出てください。
 - 3 母子生活支援施設へ入所が適当と認められなくなった場合は母子保護の実施を解除いたします。

(様式第4号)

第	号
---	---

母子生活支援施設入所不承諾書通知書

文書番号

年 月 日

茨城県知事（福祉事務所長）

市 長（福祉事務所長） 印

殿

申込みのありました母子生活支援施設への入所については、次の理由により入所できませんので通知いたします。

（理由）

なお、本決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、茨城県知事又は市長に審査請求をすることができます。

(様式第5号)

入 所 通 知 書

第 号
年 月 日

茨城県知事(福祉事務所長) 殿
市 長(福祉事務所長) 殿

母子生活支援施設の長 印

下記の者が入所いたしますので通知いたします。

記

ふりがな 入所者の氏名				
生年月日 (年 齢)				
続 柄				
母子保護の実施者名				
入所(委託)年月日				
入 所 年 月 日				
入 所 前 の 住 所				
備 考				

(様式第6号)

第 号	
母子保護実施解除通知書	
文書番号 年 月 日	
茨城県知事（福祉事務所長） 市長（福祉事務所長） 印	
殿	
次の保護者及びにその監護する児童についての母子保護の実施を解除することにいたしましたから、通知いたします。	
入所する保護者及び その監護する児童の氏名	
入所する母子生活支援 施設の名称及び所在地	
母子保護の実施の解除の年月日	年 月 日
母子保護の実施の解除の理由	

備考 本決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、茨城県知事又は、市長に審査請求をすることができます。

(様式第7号)

退 所 通 知 書

第 年 月 日 号

茨城県知事(福祉事務所長) 殿
市 長(福祉事務所長) 殿

母子生活支援施設の長 印

下記の者が退所いたしましたので通知いたします。

記

ふりがな 入所者の氏名				
生年月日 (年 齢)				
続 柄				
母子保護の実施者名				
退 所(委託)年月日				
退 所 年 月 日				
転 出 先				
備 考				

(様式第8号)

入 所 者 移 管 通 知 書

第 号
年 月 日

市長 殿

福祉事務所長

印

母子生活支援施設に入所している下記の者を貴市に移管しますので通知します。

記

ふりがな 入所者の氏名				
生 年 月 日 (年 齢)				
続 柄				
施設 住所 氏名				
入所(委託) 年 月 日				
入所(委託) 時の住所				
措置費の額 (1ヶ月)				
添 付 書 類	1 母子生活支援施設入所申込書(写) 2 児童福祉台帳(写) 3 母子生活支援施設入所承諾書(写) 4 入所通知書(写) 5 ケース概要(写) 6 その他(写)			

(様式第9号)

入 所 委 託 変 更 通 知 書

第 号

年 月 日

母子生活支援施設の長 殿

市長

印

貴施設に入所している下記の者について、移管を受けましたので通知します。

記

ふりがな 入所者の氏名				
生年月日 (年齢)				
続柄				
入所(委託) 変更年月日				
変更前 入所委託者				
変更後 入所委託者	(住所) (〇〇市 担当課 〇〇課) (電話 、FAX)			

(様式第10号)

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

茨城県知事(福祉事務所長) 殿
市 長(福祉事務所長) 殿

申込者 住 所
氏 名

印

母子生活支援施設において母子保護を受けたいので、児童福祉法23条第2項前段の規定により、
により、次のとおり申し込みます。

入所を希望する母子生活支援施設名	第一希望	
	第二希望	
母子保護の実施を希望する理由		
母子保護の実施を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	

○入所を希望する世帯の状況

区分	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	性別	職業又は就学の状況等	参考となる べき事項
	個人番号					
世 帯 員		本人		/		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生活保護の状況		適用なし 適用あり(年 月 日保護開始)				

備考

- この申込書は、保護者が記入してください。
- 母子保護の実施に要する費用の徴収額の決定のために必要な事項に関する書類(課税証明等)を添付して下さい。
- 「母子保護の実施を希望する理由」の欄には、母子保護を受けることが必要であることについて、その具体的な状況を記入してください。
- 「母子保護の実施を希望する期間」の欄には、母子保護の実施を希望する理由に相応する範囲内の期間を記入してください。
なお、母子保護の実施する期間については、希望に添えない場合があります。
- 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者及びその監護する児童の全員について必要な事項を記入してください。「性別」の欄は、該当するものを○で囲んで下さい。
- 「個人番号」の欄は、世帯員のマイナンバー(12桁)を記入して下さい。
- 「参考となるべき事項」の欄には、母子保護の実施につき参考となるべき事項(健康状況)を記入して下さい。