大阪市ひとり親家庭福祉連合会　親子交流支援事業利用継続申出書

年　　月　　日

公益社団法人　大阪市ひとり親家庭福祉連合会

会　　長

下記のとおり親子交流支援事業の継続を申し出ます。

申請者	フリガナ		年　齢
	申請者氏名		（　　歳）
	住　　所	〒　　都道府県　　市町村	
	電　話　番　号		
	メールアドレス		
	希望する支援	□ 見守り型　・　□ 受渡し型　（ □日帰り　・　□宿泊 ）	
	子どもとの関係	□ 父　　・　□ 母	
	子どもとの同居	□ 同居　　・　□ 同居していない	
	もう一方の親の氏名		

親子交流の対象となる子どもの状況

フ　リ　ガ　ナ 氏　　名	生 年 月 日 （年　齢）	住　　所 （別居親の場合に記入）
	年　　月　　日 （　　歳）	
	年　　月　　日 （　　歳）	
	年　　月　　日 （　　歳）	