

(様式第3号—2)

推 薦 書

年 月 日

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会会長 様

母子・父子自立支援プログラムの策定機関

所在地〒

電話 ()

名 称

代表者名

印

下記の者は、千葉県社会福祉協議会ひとり親家庭住宅支援資金貸付を受ける者として
適当であると認められるので推薦いたします。

氏 名		
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
母子・父子自立支援 プログラム策定日	年 月 日	
受 給 状 況	住居確保給付金	有 ・ 無
	児童扶養手当	有 ・ 無
推 薦 理 由 (人物・生活・就業等の状況)		