

# 令和4年度岩手町歳末たすけあい義援金配分申請書

令和 年 月 日

岩手町社会福祉協議会会長 様

歳末たすけあい義援金配分事業の対象に該当しますので、下記のとおり申請します。

また、申請書の内容について、税情報や申請内容を関係機関に照会することに同意します。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請代行者名 及び 申請者との関係	※申請者が世帯員以外の場合記入 【氏名】 【関係】
申請者氏名								
ふりがな					電話番号(連絡先)			
住所	〒				固定	—	—	—
	氏名		続柄	年齢	生年月日	勤務先、学校名等		対象者に○
世帯状況	ふりがな	世帯主						
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
項目1	該当するものに✓をしてください <input type="checkbox"/> ① 令和4年10月1日現在、岩手町に住所を有する世帯(12月配分時に町内に住所を有すること) <input type="checkbox"/> ② 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ③ 民生委員児童委員の相談や支援を必要としている世帯 <input type="checkbox"/> ④ 生活保護費を受給していない世帯 上記、①~④のすべてに該当する場合、項目2へお進みください							
項目2	該当するもの1つに✓をしてください <input type="checkbox"/> A 著しく生活にお困りの世帯(失業などによって生活が困窮している世帯等) Aに該当する場合、右欄に担当地区民生委員児童委員より署名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">【署名欄】</span>							
	<input type="checkbox"/> B 障がい児・者のいる世帯 <input type="checkbox"/> ① 身体障がい者(障害者手帳を所持かつ常時介護を要する者) <input type="checkbox"/> ② 知的障がい者(療育手帳A判定かつ常時介護を要する者) <input type="checkbox"/> ③ 精神障がい者(精神障害者保健福祉手帳1級かつ常時介護を要する者) <input type="checkbox"/> ④ 身体障がい児・知的障がい児・精神障がい児 (障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの18歳未満の者)							
	<input type="checkbox"/> C 常時介護を要する60歳以上の高齢者のいる世帯(介護度4・5の該当者)							
	<input type="checkbox"/> D 火災や風水害(床下浸水は除く)の被災世帯(当該年内に被災した世帯) 右欄に被災内容を記入してください <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">【被災内容】</span>							

義援金の配分については、当該年内をめどに担当地区の民生委員児童委員を通じて配分いたします。

義援金の配分対象とならなかった場合は通知でお知らせします。

申請書に記載された情報については、本事業以外の目的には使用しません。