

大洗町社会福祉協議会会長 様

歳末たすけあい事業の配分対象に該当しますので申請します。

ふりがな				住所	大洗町	
申請者氏名	印			住所	町内会（ ）	
生年月日	明治・大正	年	月	日	電話番号	— —
	昭和・平成				携帯番号	— —
該当区分 に○印	1. 独居高齢者世帯（70歳以上）					
	2. 高齢者のみの世帯（70歳以上の方のみ）					
	3. 母子及び父子世帯（未就学児童のみ）					
	4. 準要保護世帯（中学生までの子供のみ）					
	5. 障害者世帯（障害者のみ）ア. 身障手帳 イ. 療育手帳 ウ. 精神手帳					
	障害等級	1級・2級・㊤・A		手帳番号		
	6. 高齢者と障害者の世帯（高齢者は70歳以上で障害者は⑤と同条件）					
世帯状況 (世帯分離も含む)	続柄	氏名	生年月日	職業又は学校名(学年)	対象者	
	世帯主					
世帯収入	証明願記載の所得	円		合計金額		
	遺族年金	円		円		
	障害年金	円				
住居の状況	1. 自家 2. 借家 3. アパート 4. 借間 (該当に○印)					
居住年数	1. 6ヶ月以上 2. 6ヶ月未満 (該当に○印)					
添付書類	・証明願もしくは町県民税非課税証明書（世帯全員分） ※身分証明書の提示が必要 ・障害者手帳（該当者のみ）のコピー					
申請代行者氏名 及び住所・ご関係						

- ※ 申請者が世帯員以外の場合は網掛け欄を記入してください。
- ※ 配分の可否決定については、通知でお知らせします。
- ※ 配分決定者には、担当民生委員を通じて配分いたします。
- ※ この申請書に記載された個人情報や添付書類は、本事業以外の目的には使用しません。
- ※ 申請内容に虚偽が判明した場合は配分を取り下げますのでご注意ください。