

# 令和3年度 歳末支援事業（年末支援金） 交付申請書

社会福祉法人ひたちなか市社会福祉協議会 会長 殿

私の世帯は歳末たすけあい支援金の交付対象世帯に該当しますので、下記により申請いたします。

申請日 令和3年 月 日

申請者氏名 (=世帯主)		フリガナ			生年月日		年 月 日	
住所		〒 ー			電話番号			
		ひたちなか市			FAX番号			
世帯構成	世帯主との続柄	氏名	生年月日	職業又は 学校名・学年	世帯主との続柄	氏名	生年月日	職業又は 学校名・学年
	世帯主							

私の世帯は、①令和3年9月1日現在で、世帯主または対象者が12ヶ月以上当市に居住しています  
 ②世帯全員の令和3年度の住民税が非課税です  
 ③下記のア～キのうち○印をつけた世帯区分に該当しています  
 ④生活保護受給世帯ではありません  
 ⑤同一家屋内に上記以外の同居者（世帯分離も含む）は居ません

【世帯区分】 ↓該当する項目を○で囲んでください

↓対象者氏名を記入

ア 70歳以上の方のみの世帯（ひとり暮らし世帯を含む）	
イ 配偶者のない親とその子（平成15年4月2日以降生まれ）のみで構成される世帯	
ウ 18歳以下の交通遺児のいる世帯	
エ 重度の要介護認定（4・5）を受けている方のいる世帯	
オ 重度の障害者のいる世帯 ・身体障害者手帳1級（聴覚は2級）・療育手帳○A、A・精神障害者保健福祉手帳1級	障害等級 手帳番号
カ 指定難病特定医療費の助成を受けている方のいる世帯	
キ その他（民生委員児童委員が特に必要と認めた世帯）	

【添付書類確認欄】 ↓ご自身で☑確認ください

	世帯区分	書類名称	備考
必 提 出	ア～キ	<input type="checkbox"/> 住民票の写し (世帯全員の氏名・生年月日・続柄・世帯主記載のもの)	令和3年9月1日以降に発行されたもの
		<input type="checkbox"/> 非課税世帯証明（令和3年度分）	令和3年9月1日以降に発行されたもの
		<input type="checkbox"/> 振込依頼書 ※原則として申請者本人の口座情報を記入	支援金交付に必要な書類
		<input type="checkbox"/> 振込通帳のコピー（①表紙②通帳を開いた見開きページ） ※原則として申請者本人名義の通帳コピー	
世 帯 区 分 に 応 じ て 提 出	エ	<input type="checkbox"/> 要介護認定 認定結果通知書のコピー または介護保険被保険者証のコピー	氏名・要介護度・認定日が明記されたもの
	オ	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳のコピー	氏名・等級・障害の内容が明記されたもの
		<input type="checkbox"/> 療育手帳のコピー	
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳のコピー	氏名・等級・有効期限が明記されたもの
	カ	<input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費受給者証のコピー	氏名・疾病名・有効期間が明記されたもの
キ	<input type="checkbox"/> 民生委員児童委員調査意見書	担当民生委員児童委員が作成したもの	
担当民生委員児童委員の氏名		※ご存知の方は記入してください。	

申請にあたり、下記の事項に同意します

- ・申請書および添付書類の記載内容を、審査・交付を行うため民生委員児童委員および社協・行政関連部署に開示します。ご了承ください。
- ・申請内容に虚偽が判明した場合、予告なく申請を却下または交付対象から除外する場合があります。
- ・申請却下となった場合、申請書類一式を郵送にて返却いたします。

# 記入例

## 令和3年度 歳末支援事業（年末支援金） 交付申請書

社会福祉法人ひたちなか市社会福祉協議会 会長 殿

私の世帯は歳末たすけあい支援金の交付対象世帯に該当しますので、下記により申請いたします。

申請日 令和3年 月 日

申請者氏名 (=世帯主)	フリガナ シャキョウ タロウ 社協 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日
住所	〒 ー ひたちなか市	電話番号	
		FAX 番号	
世帯構成	世帯主との続柄 氏名 生年月日 職業又は 学校名・学年	世帯主との続柄 氏名 生年月日 職業又は 学校名・学年	
	世帯主 社協 太郎 SO.O.O	会社員	
	長女 社協 花子 HO.O.O	〇〇小1年	
同居している世帯の方、全員の氏名を記入してください			
私の世帯は、①令和3年9月1日現在で、世帯主または対象者が住んでいます ②世帯全員の令和3年度の住民税が非課税です ③下記のア～キのうち〇印をつけた世帯区分に該当しています ④生活保護受給世帯ではありません ⑤同一家屋内に上記以外の同居者（世帯分離も含む）は居ません			

【世帯区分】 ↓該当する項目を○で囲んでください

↓対象者氏名を記入

ア	70歳以上の者のみの世帯（ひとり暮らし世帯を含む）		
イ	配偶者のない親とその子（平成15年4月2日以降生まれの子）		
ウ	18歳以下の交通遺児のいる世帯		
エ	重度の要介護認定（4・5）を受けている方のいる世帯		
オ	重度の障害者のいる世帯 ・身体障害者手帳1級（聴覚は2級）・療育手帳〇A、A・精神障害者保健福祉手帳1級	障害等級 〇級 手帳番号 〇〇〇〇	社協 太郎
カ	指定難病特定医療費の助成を受けている方のいる世帯		
キ	その他（民生委員児童委員が特に必要と認めた世帯）		

【添付書類確認欄】 ↓ご自身で☑確認ください

必要とする添付書類が揃っているか、確認をしてください

	世帯区分	書類名称	備考
必 ず 出 し	ア～キ	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票の写し (世帯全員の氏名・生年月日・続柄・世帯主記載のもの)	令和3年9月1日以降に発行されたもの
		<input checked="" type="checkbox"/> 非課税世帯証明（令和3年度分）	令和3年9月1日以降に発行されたもの
		<input checked="" type="checkbox"/> 振込依頼書 ※原則として申請者本人の口座情報を記入	支援金交付に必要な書類
		<input checked="" type="checkbox"/> 振込通帳のコピー（①表紙②通帳を開いた見開きページ） ※原則として申請者本人名義の通帳コピー	
世 帯 区 分 に 応 じ て 提 出	エ	<input type="checkbox"/> 要介護認定 認定結果通知書のコピー または介護保険被保険者証のコピー	氏名・要介護度・認定日が明記されたもの
	オ	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳のコピー	氏名・等級・障害の内容が明記されたもの
		<input type="checkbox"/> 療育手帳のコピー	
	カ	<input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費受給者証のコピー	氏名・等級・障害の内容が明記されたもの
	キ	<input type="checkbox"/> 民生委員児童委員調査意見書のコピー	氏名・等級・障害の内容が明記されたもの

ご自身の担当地区の民生委員・児童委員の氏名を記入ください。不明な場合は、空欄でかまいません

担当民生委員児童委員の氏名

※ご存知の方は記入してください。

申請にあたり、下記の事項に同意します

- ・申請書および添付書類の記載内容を、審査・交付を行うため民生委員児童委員および社協・行政関連部署に開示します。ご了承ください。
- ・申請内容に虚偽が判明した場合、予告なく申請を却下または交付対象から除外する場合があります。
- ・申請却下となった場合、申請書類一式を郵送にて返却いたします。