

歳末助け合い慰問事業申請書

湯沢町社会福祉協議会長 様

私は、歳末助け合い慰問事業の対象世帯に該当しますので、下記のとおり申請します。

調査の同意	この申請にあたり、湯沢町社会福祉協議会が所得確認と家族構成確認の為、申請対象世帯の課税台帳と住民基本台帳の閲覧を行うことに同意します。(①住民状況 ②町民税等課税状況 ③要介護状況) また、地区民生委員へ申請情報提供に関しても同意します。				
	ふりがな 申請者	⑩	大・昭 平・令	年 月 日生 (歳)	
	住 所	湯沢町 (町内)			
	電話番号	()	職 業		
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	職業又は学年	
			大・昭 平・令	年 月 日	
			大・昭 平・令	年 月 日	
			大・昭 平・令	年 月 日	
対象条件の確認	<p>1 該当する項目に☑を付けてください。(すべてに該当される方が対象です)</p> <p><input type="checkbox"/> 10月1日現在湯沢町に住所を有し、引き続き年末年始も居住する</p> <p><input type="checkbox"/> 住民税所得割非課税世帯(均等割課税世帯は対象)</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護費を受給していない</p> <p><input type="checkbox"/> 施設に入所していない</p>				
	<p>2 該当する項目に☑を付けてください。(いずれか1つ)</p> <p>(1) 低所得世帯及び生活困窮者世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 世帯の所得が低いと認められる世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 災害や交通事故等で現に生計の中心者が就労できない世帯</p> <p>(2) 母子世帯及び父子世帯等</p> <p><input type="checkbox"/> 18歳未満の被扶養者を有する母子のみ、父子のみ、65歳以上の世帯</p> <p>(3) 下記の障害者又は要介護者と同居する世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1.2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護3以上の者</p> <p>(4) 高齢者世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 75歳以上のひとり暮らし又は高齢者のみの世帯</p> <p>(5) その他 地区担当民生委員の推薦による世帯</p> <p><input type="checkbox"/> (具体的な状況：)</p>				
審査欄	決 済	事務局長	担当民生委員	備 考	担 当
	適 ・ 否		⑩		

※この申請書に記載された個人情報や調査した内容等は、本事業以外の目的には使用いたしません。