

歳末たすけあい見舞金贈呈事業 申請のおしらせ

大泉町における『歳末たすけあい運動』は、新たな年を迎える時期に、支援を必要とする人たちが地域で安心して暮らすことができるよう、住民の参加や理解を得て様々な福祉活動を重点的に展開するため、募金の呼びかけや見舞金贈呈※を実施しています。

※歳末たすけあい見舞金贈呈は、対象者からの申請が必要です。条件に該当し、見舞金を希望される方は、申請手続きを行ってください。【郵送可。ただし封筒・郵送料（切手代）はご負担願います。】



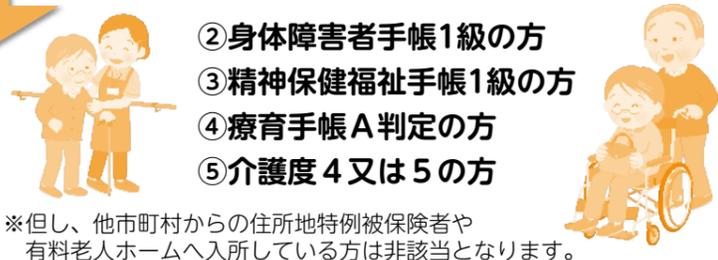
対象者は？

令和6年11月1日（金）時点で町内にお住まいの方で、次の条件をいずれか1つ以上満たしている方（世帯）

① 準要保護世帯の方
（経済的理由によって、就学困難と町が認定した世帯）



② 身体障害者手帳1級の方
③ 精神保健福祉手帳1級の方
④ 療育手帳A判定の方
⑤ 介護度4又は5の方



※但し、他市町村からの住所地特例被保険者や有料老人ホームへ入所している方は非該当となります。

申請書を町社協へ提出

●代理人の申請も可

以下の町内福祉施設に入所していますか？
大泉園・イシノ療護園・いずみの里・あさひ・あいの花

いいえ

はい

申請書を町社協へ提出

●代理人の申請も可

申請の必要なし

●各施設からの申請

見舞金贈呈
1世帯 5,000円

⊕ 小中学生1人につき 3,000円

見舞金贈呈 2,000円

※複数該当する場合でも見舞金額の変更なし
※町内福祉施設は施設を通じてお届け



※銀行振込にて見舞金の贈呈を行います。

申請書振込口座へのご記入・通帳のコピー添付をお願いします。

※見舞金の贈呈（振込日）は12月13日（金）を予定しています。

申請受付期間・・・令和6年11月1日（金）～29日（金）まで【必着】

※窓口：月曜から金曜日の祝日を除く9時から16時

●大泉町社会福祉協議会及び大泉町役場、担当民生委員、地区社会福祉協議会（地区社協）役員が個々の個人情報を共有することおよび、本会が記載事項確認のため該当条件等の情報をえることに同意できる方に限ります。（個人情報は歳末たすけあい見舞金事業以外には使用しません）●見舞金贈呈日までに転出や死亡した場合は非該当となります。●申請内容を確認した結果、非該当になる場合のみ、通知にてお知らせいたします。●申請につきましてはご家族のほか、担当民生委員、地区社協役員、ケアマネジャー等の代理申請も可能ですのでご相談ください。

《申請・お問合せ先》大泉町社会福祉協議会（大泉町吉田2465番地）☎0276-63-2294

令和6年度歳末たすけあい見舞金贈呈事業申請書

令和6年11月 日

大泉町社会福祉協議会長 宛

歳末たすけあい見舞金贈呈事業の対象に該当しますので申請いたします。なお、大泉町社会福祉協議会及び大泉町役場、担当民生委員、地区社会福祉協議会役員が個人情報を共有し、記載事項確認のため貴会が該当条件等の情報を得ることに同意します。

ふりがな 対象者氏名			生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	印						
住 所	〒 - (自治会名:)			電話 番号			
	大泉町						
※入所・入院先	名称						
	住所						

※入所・入院されている場合はご記入ください。

対象となる ①～⑤ を○で囲んでください

対象区分	① 準要保護世帯の方 ※小中学校通学児童・生徒氏名を記入			
	学校名 (学年)	氏名 (ふりがな)		
	(年)	()		
	(年)	()		
	(年)	()		
	② 身体障害者手帳1級 (手帳番号:)			
③ 精神障害者手帳1級 (手帳番号:)				
④ 療育手帳A判定 (手帳番号:)				
⑤ 介護度4または5 (被保険者番号:)				
見舞金 振込先	金融機関	支店名	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座
	振込口座	口座名義人 (カタカナ)		

※振込口座が確認できる書類として銀行通帳のコピーを添付してください。
※振込口座は特別な理由がない限り対象者本人の銀行口座をご記入ください。

【対象者に代わり、代理人が申請する場合はご記入ください。】

代理人氏名	印	対象者との関係
住 所	電話番号	

上記ご記入いただいた個人情報はこの事業以外には使用しません。

【申請期間】令和6年11月1日（金）から29日（金）まで【必着】