

令和7年度歳末たすけあい見舞金贈呈事業申請書

令和7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
住 所	〒 - (自治会名:) 大泉町		電 話 番 号			
※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 ※以下に町立小中学校名(学年)および通学児童・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	□普通・□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以下にご記入ください。】

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7年11月4日(火) から28日(金) まで【必着】