

歳末たすけあい援護金等申請書
(援護金・ランドセル配付用)

NO.

申込者	フリガナ				性別	生年月日		
	氏名 (世帯主)				☐ 男 ☐ 女	大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳		
	フリガナ				電話番号(連絡先)			
	住所	〒				固定		
						携帯		
	勤務先名称			勤務先等住所				
			〒					

世帯の状況		氏名	続柄	年齢	生年月日	勤務先 学校名・学年	※ 対象割加算該当
	1		本人	(凡例) 大正=大、昭和=昭 平成=平、令和=令	(凡例) 大正=大、昭和=昭 平成=平、令和=令		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療育(㊟・A) ☐ 精保(1・2)
	2	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療育(㊟・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満
	3	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療育(㊟・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満
	4	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療育(㊟・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満
	5	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療育(㊟・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満

6人目以降は裏面に記入してください。

援護金の 振込 指定口座	金融機関名
	_____銀行 _____本店・支店・出張所 ※ゆうちょ銀行、信用組合、農協、インターネットバンク等可
	普通 No. _____ 口座名義人 _____
	※口座名義人のフリガナを必ずご記入ください。 ※口座確認のため、口座の名義人、銀行名、支店名、口座番号が確認できる資料(通帳のコピー、キャッシュカードの コピー、通帳およびカードレスの場合はアプリのスクリーンショット等)を添付してください。

社会福祉法人越谷市社会福祉協議会長 宛

申請に当たり、下記事項に同意し、歳末たすけあい援護金・ランドセルを申請いたします。
○申請書に記載した事項及び添付書類に偽りはありません。虚偽の申請であることが判明した場合には、援護金・ランドセルを返還します。
○私は現在、生活保護を受給していません。
○記入した個人情報については、本制度に必要な範囲で、第三者に提供することに同意します。
○私は、貴社会福祉協議会が、審査に必要な範囲で、越谷市に照会し、私の個人情報の提供を受けることに同意します。
○審査の結果、不承認となった場合、理由は開示されないことに同意します。

令和 年 月 日

申込者氏名(世帯主) _____

※ 要介護4・5、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・2級の認定を受けている方、ひとり親家庭の18歳未満の子どもに該当する場合は✓をつけてください。

6人目以降の世帯員の方は、下記にご記入ください。

世帯の状況		氏 名	続柄	年齢	生年月日	※1 勤務先 学校名・学年	※2 対象割加算該当
	6	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療 育(㉠・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満
	7	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療 育(㉠・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満
	8	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療 育(㉠・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満
	9	フリガナ			大・昭・平・令 年 月 日		☐ 要介護(4・5) ☐ 身障(1・2) ☐ 療 育(㉠・A) ☐ 精保(1・2) ☐ ひとり親家庭18歳未満

ランドセル一覧

※生活支援課内にサンプルを展示いたします。お手に取ってご覧いただけます。

① 牛革・キューブ
プレミアム
パステルパープル

② 牛革・キューブ
プレミアム
ミントグリーン

③ 牛革・キューブ
プレミアム
ペールブルー

④ 牛革・キューブ
プレミアム
桃花

⑤ 牛革・キューブ
プレミアム
グリーン

⑥ 牛革・キューブ
プレミアム
キャメル

⑦ 牛革・キューブ
プレミアム
ブラック

ランドセルの配付を希望する 世帯のみ記入 (令和8年度の小学校新入学 児童が対象です)	ランドセル一覧をご確認のうえ、ご希望の番号をご記入ください。
--	--------------------------------