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		
			〒 電話　　（　　）		

		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
世帯の状況	1		本人		（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。
〇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。
〇私は現在、生活保護を受給していません。
〇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。
〇私は、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。
〇審査の結果、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。

		氏　名	続柄	年齢	生年月日	勤務先 ※1　学校名・学年	※2　対象割加算該当
世帯の状況	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 ブラック 	② 牛革・キューブ プレミアム グリーン 
③ 牛革・キューブ プレミアム キャメル 	④ 牛革・キューブ プレミアム パステルパープル 
⑤ 牛革・キューブ プレミアム 桃花 	⑥ 天使のはね モデルロイヤル ナチュール ネイビー 
⑦ 榮神　EISHIN セシリア アイボリー 	

ランドセルの配付を希望する世帯のみ記入 （令和9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。**