

令和6年度 歳末たすけあい事業「要援護世帯援護金配分事業」  
歳末たすけあい援護金配分申請案内

1. はじめに

“みんなでささえあうあったかい地域づくり”を目的に募金される「歳末たすけあい募金」から、生活困難のために支援を要する世帯に対して援護金を配分します。配分を希望する方は、以下の説明に従い申請してください。

2. 配分の対象となる世帯

在宅であって次の(1)と(2)の両方の条件に該当している世帯が対象となります。

ただし、生活保護世帯及び施設入所あるいは長期入院(6ヶ月以上)などの理由で、対象となる方が在宅でない場合は対象外となります。

(1) 10月1日現在で小美玉市内に6ヶ月以上居住し、市民税が非課税の世帯であること。

※生計中心者並びに収入のある世帯員全員の課税状況については、本会において調査させていただきます。

(2) 次にあげる世帯条件のいずれかに該当する世帯(重複する場合は、いずれか一つとなります。)

ア. 要介護認定者(要介護4・5)のいる世帯

イ. 要保護世帯 ※1

ウ. 準要保護の認定を受けている世帯 ※2

エ. 重度障がい者のいる世帯

①身体障害者手帳1級(聴覚障がい者は2級) ②療育手帳A及びA ③精神障害者保健福祉手帳1級

オ. 交通遺児世帯で18歳到達後の最初の3月31日までの間にある児童を扶養している世帯

※1※2 イ、ウに該当する世帯は、お住まいの地域を担当する民生委員の確認を受けてから申請してください。

3. 申請書類

(1) 歳末たすけあい援護金配分申請書(別紙 様式第1号)

(2) 「ア. 要介護認定者のいる世帯」の場合は、介護保険被保険者証の写し(氏名、介護度がわかる部分)

(3) 「エ. 重度障がい者のいる世帯」の場合は、障害者手帳の写し(氏名、等級がわかる部分)

(4) 振込みを希望する場合は、通帳(銀行名・支店名、口座番号・口座名義人名が分かる部分)の写し

※振込み希望の場合、振込手数料は援護金から差し引かれます。

4. 申請期間

令和6年10月1日(火)から令和6年10月31日(木)まで

5. 申請先

本会本所、小川支所、美野里支所へ直接持参(平日 午前8時30分から午後5時15分まで)するか、郵送(期限必着)してください。※郵送する場合は、申請書類をご確認のうえ送付してください。

6. 配分の時期

令和6年12月中

4. その他

(1) 援護金は、今年度募集する「歳末たすけあい募金」の実績額により決定しますので、援護金の金額は変動します。  
下記は援護金の目標額となっております。

援護金：1世帯あたり10,000円を限度とし、世帯員が1名増すごとに2,000円加算

(2) 申請にあたりわからないところがあれば、お住まいの地域を担当する民生委員、又は本会にお問合せください。

(3) 申請期間を過ぎた場合や、申請書類に不備がある場合は受付できませんのでご注意ください。

社会福祉法人小美玉市社会福祉協議会

本 所 〒311-3436 小美玉市上玉里 1122 TEL 0299-37-1551 FAX 0299-37-1552

小川支所 〒311-3423 小美玉市小川 2-1 TEL 0299-58-5102 FAX 0299-58-5302

美野里支所 〒319-0132 小美玉市部室 1106 TEL 0299-36-7330 FAX 0299-48-0044

令和 年度 歳末たすけあい援護金配分申請書兼同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人小美玉市社会福祉協議会会長 様

下記のとおり歳末たすけあい要援護世帯援護金配分事業の対象世帯に該当しますので援護金の配分を申請します。なお、社会福祉法人小美玉市社会福祉協議会が歳末援護金配分の可否判断にあたり、市県民税の課税状況、及び生活保護受給状況等、必要な世帯情報を得ることに同意します。又、これらの情報について、本事業の実施に必要な範囲で利用し、民生委員児童委員へ提供することに同意します。

|   |  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|---|--|-------------|-----------------|-------------|--------------------|------------------|------|-------------|--|
| ふりがな  |  |             |                 | 生年月日        |                    | 大正・昭和・平成・令和      |      |             |  |
| 申請者氏名   |  |             |                 | 年 月 日       |                    |                  |      |             |  |
| (〒) 住 所   |  | ( )<br>小美玉市 |                 | 電話番号        |                    | - -              |      |             |  |
| 対象者氏名   |  |             |                 | 申請者との続柄     |                    |                  |      |             |  |
| 世帯構成等   | 続柄   | 氏名          | 生年月日            | 職業又は学校名(学年) | 続柄                 | 氏名               | 生年月日 | 職業又は学校名(学年) |  |
|   | 生計中心者  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|   | 世帯主  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|   |  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
| 該当区分に○  | ア 要介護認定者（要介護 4・5）のいる世帯   |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|   | イ 要保護世帯（この区分の場合は、 <b>民生委員</b> の確認を受けてから申請してください）               |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|   | ウ 準要保護の認定を受けている世帯<br>（この区分の場合は、 <b>民生委員</b> の確認を受けてから申請してください） |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|   | エ 障害者のいる世帯   |             |                 |             | 対象者の<br>等級及び<br>番号 | 等級               |      |             |  |
|   | ① 身体障害者手帳 1 級(聴覚障害は 2 級)                                       |             |                 |             |                    | 手帳<br>番号         |      |             |  |
| ② 療育手帳Ⓐ・A<br>③ 精神保健福祉手帳 1 級                           |  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
| オ 交通遺児世帯  |  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
| 居住年数  |  | 年 ヶ月        |                 | 収入状況        |                    | 世帯員全員（ 名）の収入（月額） |      | 円           |  |
| 受領の方法   | 1. 手渡し希望（民生委員を通じて配分します）※民生委員に情報の一部を開示することになります。                |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
|   | 2. 振込希望  | 金融機関        | 銀行・信用組合・農協・信用金庫 |             |                    |                  |      | 支店・支部       |  |
|   |  |             | 預金種目            | 普通・当座       | 口座番号               |                  |      |             |  |
|   | 口座名義人  |             |                 | フリガナ        |                    |                  |      |             |  |
| 添付書類確認（○をつけてください）                                     | 1. 介護保険被保険者証の写し 2. 障害者手帳の写し 3. 通帳の写し（表紙の内側）                    |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
| ※申請者は以下記入しないでください<br>民生委員確認欄（該当区分 イ・ウ の場合に確認をお願いします。） |  |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
| 要保護世帯<br>準要保護世帯<br>等の確認                               | 1, 確認しました 2, 確認できませんでした<br>(意見: )                              |             |                 |             |                    |                  |      |             |  |
| 民児協名  | 小川・美野里・玉里民児協   |             |                 | 民生委員名       |                    |                  |      |             |  |

※ この申請書に記載された個人情報や添付書類は、本事業以外の目的には使用いたしません。

記入例

様式第1号

令和 6年度 歳末たすけあい援護金配分申請書兼同意書

令和 6年 10月 〇〇日

社会福祉法人小美玉市社会福祉協議会会長 様

下記のとおり歳末たすけあい要援護世帯援護金配分事業の対象世帯に該当しますので援護金の配分を申請します。なお、社会福祉法人小美玉市社会福祉協議会が歳末援護金配分の可否判断にあたり、市県民税の課税状況、及び生活保護受給状況等、必要な世帯情報を得ることに同意します。又、これらの情報について、本事業の実施に必要な範囲で利用し、民生委員児童委員へ提供することに同意します。

|                                  |  |   |                             |             |              |        |                |
|----------------------------------|--|---|-----------------------------|-------------|--------------|--------|----------------|
| ふりがな                             | おみたま しょうへい   |   |                             | 生年月日        | 大正・昭和・平成・令和  |        |                |
| 申請者氏名                            | 小美玉 正平   |   |                             | 生年月日        | 〇〇年 〇〇月 〇〇日  |        |                |
| (〒) 住所                           | (311-3436)<br>小美玉市上玉里1122<br>玉里保健福祉センター内   |   |                             | 電話番号        | 0299-37-1551 |        |                |
| 対象者氏名                            | 小美玉 雄平   |   |                             | 申請者との続柄     | 父            |        |                |
| 世帯構成等                            | 続柄   | 氏名  | 生年月日                        | 職業又は学校名(学年) | 続柄           | 氏名     | 又は(学年)         |
|                                  | 生計中心   | 小美玉 正平  | SO.O.O                      | 会社員         | 子            | 小美玉 待子 | HO.O.O 〇〇中学校3年 |
|                                  | 世帯主  | 同居している世帯員の方<br>全員を記入してください                      | 上                           | 同上          | 父            | 小美玉 雄平 | SO.O.O 無職      |
|                                  | 妻  | 小美玉 待子  | SO.O.O                      | パート         | 母            | 小美玉 定子 | SO.O.O 無職      |
| 該当区分に○                           | ア 要介護認定者(要介護4・5)のいる世帯  |   |                             |             |              |        |                |
|                                  | イ 要保護世帯(この区分の場合は、民生委員の確認を受けてから申請してください)  |   |                             |             |              |        |                |
|                                  | ウ 準要保護の認定を受けている世帯<br>(この区分の場合は、民生委員の確認を受けてから申請してください)                                  |   |                             |             |              |        |                |
|                                  | エ 障害者のいる世帯   | ① 身体障害者手帳1級(聴覚障害は2級)<br>② 療育手帳A・A<br>③ 精神保健福祉手帳 |                             |             | 対象者の等級及び番号   | 等級     | 1種 1級          |
| オ 交通遺児世帯                         | 原則民生委員より手度が配分となります   |   |                             | 手帳番号        | 〇〇〇〇〇〇       |        |                |
| 居住年数                             | 5年 1ヶ月   | 収入状況  | 世帯員全員(5名)の収入(月額) 〇〇〇,〇〇〇円   |             |              |        |                |
| 受領の方法                            | 1. 手渡し希望(民生委員を通じて配分します) ※民生委員に情報の一部を開示することになります。                                       |   |                             |             |              |        |                |
|                                  | 振込希望   | 金融機関  | 〇〇 銀行・信用組合・農協・信用金庫 〇〇 支店・支部 |             |              |        |                |
|                                  |  | 預金種目  | 普通 当座                       | 口座番号        | 〇〇〇〇〇〇〇      |        |                |
| 口座名義人                            | 小美玉 正平   |   | フリガナ                        | オミタマ ショウヘイ  |              |        |                |
| 添付書類                             | (○) 申請者証の写し (2) 障害者手帳の写し (3) 通帳の写し(表紙の内側)<br>※申請者証の写しは、振込希望の場合のみ記入してください。振込手数料は差引われます。 |   |                             |             |              |        |                |
| 民生委員確認欄(該当区分 イ・ウ の場合に確認をお願いします。) |  |   |                             |             |              |        |                |
| 要保護世帯<br>準要保護世帯<br>等の確認          | 1, 確認しました 2, 確認できませんでした (意見: )   |   |                             |             |              |        |                |
| 民児協名                             | 小川・美野里・玉里民児協   |   |                             | 民生委員名       |              |        |                |

※ この申請書に記載された個人情報や添付書類は、本事業以外の目的には使用いたしません。