

令和5年度歳末たすけあい援護金品申請書

※この申請書はすべての世帯に記入をお願いするものではありません。必要な世帯の方のみご記入いただき、提出してください。

要件 1 滑川町に住所を有する世帯(病院に入院、福祉施設に入所している方は除きます。)

要件 2 裏の表から算出した収入制限以内の世帯

収入額を確認できる書類(給与明細書、年金振込通知書等)を持参の上申請下さい。

住所		滑川町 電話 ()			地区	
		氏名	年齢	続柄	月収(手取)	備考
人数と収入	1			世帯主		
	2					
	3					
	4					
	5					
滑川町の皆様の善意の募金から配分します。正直にご記入ください。						
世帯全体の月収				円		
経済的に困っている事情があればご記入ください。						
歳末たすけあい援護金品を申請いたします。歳末援護金品配分の可否判断にあたり、町県民税の課税状況、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。また、これらの個人情報について、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。						
令和5年 月 日						
社会福祉法人 滑川町社会福祉協議会長 あて						
氏名(世帯主)						

この書類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。

申請書の提出期限 令和5年12月5日(火)

申請書の提出先 滑川町社会福祉協議会又は地区の民生委員

お問合せ先 滑川町社会福祉協議会 電話 0493-56-6345