

令和6年度歳末たすけあい援護金申請案内

明るいう正月を迎えられるよう歳末たすけあい運動でお寄せいただいた募金を、**生活に経済的な支援を要する世帯に対し援護金として配分**いたします。
援護金の配分を希望される方は、下記内容をご確認の上、裏面の申請書に必要事項を記入し申請をしてください。

1. 配分の対象となる世帯

援護金配分の対象となる世帯は、在宅であって10月1日現在、次の(1)(2)(3)(4)の条件をすべて満たしていることが必要です。

- (1) 常陸大宮市内に6ヶ月以上居住する世帯
 - (2) 生活困窮の状態にある世帯（自己申告）
 - (3) 市民税が非課税世帯で、次に掲げるア～オの条件のいずれかに該当する世帯
 - ア. 満75歳以上のひとり暮らし高齢者世帯
 - イ. 満65歳以上のねたきり・認知症高齢者のいる世帯
 - ウ. 準要保護世帯の認定を受けている世帯
 - エ. 重度障害者のいる世帯
 - ①身体障害者手帳1級または2級
 - ②療育手帳ⒶまたはA
 - ③精神障害者保健福祉手帳1級
 - オ. ひとり親世帯(子どもは18歳以下)
 - (4) 援護金配分の適否判断にあたり、個人情報[※]を常陸大宮市に提供することに同意可能な世帯
- ※ 上記に該当する場合でも、生活保護世帯または施設入所や、長期入院(6ヶ月以上)などの理由で在宅でない世帯は対象外です。

2. 援護金の額と配分の方法

- (1) 援護金の額は、今年の歳末たすけあい募金の実績により決定いたしますが、財源となる募金額が年々減少しており、**今年度から援護金の額が3,000円になる見込み**です。
何卒ご理解くださいますようお願い申し上げます。
- (2) 援護金の配分は、令和6年12月中に民生委員が手渡しでお届けいたします。

3. 提出書類

歳末たすけあい援護金配分申請書兼同意書（この「申請案内」裏面です）

4. 申請受付期間、提出先

- (1) **受付期間** 令和6年10月1日(火)～令和6年10月31日(木)
- (2) **提出先** 「歳末たすけあい援護金配分申請書兼同意書」を常陸大宮市社会福祉協議会本所・支所へ提出してください。代理の方が提出することも可能です。
申込について、ご不明な点がございましたら、下記またはお住まいの地区を担当する民生委員へお問い合わせください。

＜申し込み・問い合わせ先：社会福祉法人常陸大宮市社会福祉協議会＞

| | | | |
|-------|----------|-------------------|------------|
| 本所 | 北町388-2 | 総合保健福祉センター「かがやき」内 | TEL53-1125 |
| 山方支所 | 山方660 | 山方地域センター内 | TEL57-6826 |
| 美和支所 | 高部5281-1 | 美和地域センター内 | TEL58-3311 |
| 緒川支所 | 上小瀬1259 | 緒川地域センター内 | TEL56-2857 |
| 御前山支所 | 野口3195 | 御前山地域センター内 | TEL55-2733 |

令和6年度歳末たすけあい援護金配分申請書兼同意書

社会福祉法人常陸大宮市社会福祉協議会長 様

歳末たすけあい援護金配分の対象世帯に該当しますので、次のとおり申請します。また、援護金配分の適否判断にあたり、世帯条件について常陸大宮市に調査依頼すること及び担当地区の民生委員児童委員へ申請の情報を提供することに同意します。

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| ふりがな | | 続柄 | |
| 申請者氏名 | | 電話番号 | () ※ 対象者と同居の場合は記入不要 |
| ふりがな | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 対象者氏名 | | | |
| 住 所 | 〒 ー 常陸大宮市 | | |
| 電話番号 | 自宅 | () | |
| | 携帯 | () | ※注1 |
| 該当するところに○ | <input type="radio"/> | ア. 満75歳以上のひとり暮らし高齢者世帯 | |
| | <input type="radio"/> | イ. 満65歳以上のねたきり・認知症高齢者のいる世帯(要介護度) | |
| | <input type="radio"/> | ウ. 準要保護世帯の認定を受けている世帯 | |
| | <input type="checkbox"/> | エ. 重度障害者のいる世帯 | |
| | <input type="radio"/> | ①身体障害者手帳1級または2級 | |
| | <input type="radio"/> | ②療育手帳㊤またはA | |
| <input type="radio"/> | ③精神障害者保健福祉手帳1級 | | |
| <input type="radio"/> | オ. ひとり親世帯(子どもは18歳以下) | | |

※注1 平日、固定電話で連絡が取りにくい場合又は固定電話が無い場合は、必ず携帯電話番号をご記入ください。

| | |
|--------|--|
| 民生委員氏名 | |
|--------|--|

※ この申請書兼同意書に記載された個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。