

歳末たすけあい援護金品は自己申請方式です

滑川町社会福祉協議会では、新たな年を迎えるにあたり、支援を必要とする方々が、地域で安心して暮らすことができるよう「歳末たすけあい援護金品」を支給いたします。

△ 次の要件に当てはまる世帯が申請できます。

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 下記の表からあなたの世帯の基準額(年齢構成、人数により異なります。)を算出し、その基準額と比べてあなたの世帯の月収が少なければ援護金の対象となりますので、申請書を提出してください。(ただし、生活保護を受給している世帯は申請できません。)

月収には給与の他、年金、各種手当、仕送り等家計に入る現金をすべて含めて計算して下さい。

※ 別世帯であっても、同一の家計を営んでいると判断できる場合には、同一の世帯とみなします。

基準額の算出方法

① 世帯の各人を年齢別に下記の表に当てはめて世帯全体の合計金額を計算します

年齢区分	基準単価	人数	金額	年齢区分	基準単価	人数	金額
0歳～5歳	55,500円	×	人=	18歳～64歳	58,900円	×	人=
6歳～11歳	56,700円	×	人=	65歳～74歳	56,300円	×	人=
12歳～17歳	59,300円	×	人=	75歳～	50,900円	×	人=
合 計							円・・・①

② 上記の合計金額に世帯の人数により下記の表の減率を掛けます。

世帯人員別	1人	2人	3人	4人	5人
減 率	1	0.85	0.72	0.60	0.57
① × 減率					円・・・②

③ 世帯の人数により下記の表から金額を当てはめます。

世帯人員別	1人	2人	3人	4人	5人
基 準 額	41,600円	61,000円	67,700円	70,600円	70,700円
合 計					円・・・③

④ ここまで計算した②と③の金額を合計します。(この金額があなたの世帯の基準額です。)

② + ③ = 円 (基準額)

この金額があなたの世帯の基準額になります。世帯全体の月収がこの基準額より少なければ援護金品の対象者になりますので申請書を提出してください。

※ 援護世帯の決定については、審査後通知します。

※ 援護金品については歳末募金の範囲内により配分いたします。

※ 申請書(裏面)の提出期限は12月5日(月)です。



令和4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4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4年12月5日(月)

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