平成２９年度歳末たすけあい援護金申請書

住　所	美里町大字		電話	
続 柄	氏　　名	生　年　月　日	職業・学年	備　　考
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		
		明・大 昭・平　　年　月　日		

申請理由（該当する項目に〇印をつけてください）

チェック欄	項　　目
	①世帯全員の町県民税が非課税で、生活が困窮しているため支援を必要とする世帯
	②災害被災（火災など）された世帯
	③その他支援を必要とする世帯（　　）

上記のとおり援護金を申請します。

社会福祉法人　美里町社会福祉協議会会長　様

平成２９年　　月　　日

（世帯主）氏名　　㊞

※下記の委任状に必ずご記入ください。

委　任　状

美里町長　様

代理人 美里町大字木部５３８－５
社会福祉法人　美里町社会福祉協議会会長

私は上記の者を代理人と定め、平成２９年度歳末たすけあい援護金申請に伴う次の事項の確認に関する権限を委任します。

〇世帯員の町県民税課税状況に関すること
〇生活保護法による保護状況に関すること

平成２９年　　月　　日

（世帯主）住所　　美里町大字

氏名　　㊞

※申請書にご記入いただいた個人情報は、この事業以外には使用いたしません。

担当民生委員氏名	