

令和 8 年度 歳末たすけあい支援事業（年末見舞金） 交付申請書

社会福祉法人ひたちなか市社会福祉協議会 会長 殿

私の世帯は歳末たすけあい支援事業（年末見舞金）の交付対象世帯に該当しますので、下記事項に全て同意として、レ点記載☒し、申請いたします。

☑
を
忘
れ
ず
に

- ☐申請書および添付書類に記入された個人情報について、審査・交付を行うため民生委員・児童委員および社協・行政関連部署に提供することに同意します。
- ☐申請内容に虚偽が判明した場合、予告なく申請を却下または交付対象から除外する場合がありますことに同意します。
- ☐令和 8 年 4 月 1 日以前から、ひたちなか市内に世帯主もしくは対象者が居住しています。
- ☐世帯全員の令和 8 年度の住民税（市民税・県民税）が非課税です。
- ☐生活保護受給世帯ではありません。
- ☐対象者が入所・入院等で在宅でない世帯ではありません。
- ☐同一家屋内に下記（世帯主及び世帯構成）以外の課税同居者（世帯分離も含む）は居ません。

申請日 令和 8 年 月 日

申請者氏名 (=世帯主)		フリガナ		生年月日	年 月 日			
住所		〒 ー ひたちなか市		電話番号				
				FAX 番号				
世帯構成	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

【世帯区分】 ↓該当する項目を○で囲んでください 基準日：令和 8 年 9 月 1 日 ↓対象者氏名を記入

ア	70 歳以上の方のみの世帯（ひとり暮らし世帯を含む）		
イ	配偶者のない親とその子（平成 20 年 4 月 2 日以降生まれ）のみで構成される世帯		
ウ	18 歳以下の交通遺児のいる世帯		
エ	重度の要介護認定（4・5）を受けている方のいる世帯		
オ	重度の障害者のいる世帯 ・身体障害者手帳 1 級（聴覚は 2 級）・療育手帳○A、A・精神障害者保健福祉手帳 1 級	障害等級 手帳番号	
カ	指定難病特定医療費の助成を受けている方のいる世帯		
キ	その他（民生委員・児童委員が特に必要と思われる世帯）		

【添付書類確認欄】 ↓ご自身で☑確認ください

	世帯区分	書類名称			
必ず提出	ア～キ	☐ 住民票の写し ※コピー可 (世帯全員の氏名・生年月日・続柄・世帯主記載のもの)	☐ 非課税世帯証明 (ひたちなか市健康診査用) 令和 8 年度分 ※コピー可	☐ 振込通帳のコピー (通帳を開いた見開きページ) ※カタカナの氏名が記載しているページです ※原則として申請者本人名義の通帳コピー	
		※【令和 8 年 9 月 1 日以降に発行されたもの】			
世帯区分に応じて提出	エ	☐ 要介護認定結果通知書のコピー または介護保険被保険者証のコピー 【氏名・介護度の内容が明記されたもの】	オ	☐ 身体障害者手帳のコピー ☐ 療育手帳のコピー ☐ 精神障害者保健福祉手帳のコピー 【氏名・等級・障害名の内容が明記されたもの】	
	カ	☐ 指定難病特定医療費受給者証のコピー 【氏名・疾病名・有効期限の内容が明記されたもの】	キ	☐ 民生委員・児童委員調査意見書 【担当民生委員が作成したもの】	

記入例

令和 8 年度 歳末たすけあい支援事業（年末見舞金） 交付申請書

社会福祉法人ひたちなか市社会福祉協議会 会長 殿

私の世帯は歳末たすけあい支援事業（年末見舞金）の交付対象世帯に該当しますので、下記事項に全て同意として、レ点記載☒し、申請いたします。

☑
を
忘
れ
ず
に

- ☑申請書および添付書類に記入された個人情報について、審査・交付を行うため民生委員・児童委員および社協・行政関連部署に提供することに同意します。
- ☑申請内容に虚偽が判明した場合、予告なく申請を却下または交付対象から除外する場合がありますことに同意します。
- ☑令和 8 年 4 月 1 日以前から、ひたちなか市内に世帯主もしくは対象者が居住しています。
- ☑世帯全員の令和 8 年度の住民税（市民税・県民税）が非課税です。
- ☑生活保護受給世帯ではありません。
- ☑対象者が入所・入院等で在宅でない世帯ではありません。
- ☑同一家屋内に下記（世帯主及び世帯構成）以外の課税同居者（世帯分離も含む）は居ません。

申請日 令和 8 年 ○○ 月 ○○ 日

申請者氏名 (=世帯主)		フリガナ シャキョウ タロウ		生年月日	昭和○年○月○日		
		社協 太郎					
住所		〒 ー ひたちなか市		電話番号			
				FAX 番号			
世帯構成	続柄	氏名	生年月日	職業又は 学校名・学年	続柄	生年月日	職業又は 学校名・学年
	長女	社協 花子	HO.○.○	○○小2年			
	長男	社協 太郎	HO.○.○	○○小1年			

同居している世帯の方、全員の氏名を記入してください

【世帯区分】 ↓該当する項目を○で囲んでください 基準日：令和 8 年 9 月 1 日

↓対象者氏名を記入

ア 70 歳以上の方のみの世帯（ひとり暮らし世帯を含む）	世帯区分ウ～カは、対象者氏名を記入。 オは、障害等級や手帳番号をご記入ください	
イ 配偶者のない親とその子（平成 20 年 4 月 2 日以降生まれ）		
ウ 18 歳以下の交通遺児のいる世帯		
エ 重度の要介護認定（4・5）を受けている方のいる世帯		
オ 重度の障害者のいる世帯		障害等級 ○級
イ 身体障害者手帳 1 級（聴覚は 2 級）・療育手帳 ○A、A・精神障害者保健福祉手帳 1 級		手帳番号 ○○○○
カ 指定難病特定医療費の助成を受けている方のいる世帯		
キ その他（民生委員・児童委員が特に必要と思われる世帯）		

必要とする添付書類が揃っているか、確認をしてください

【添付書類確認欄】 ↓ご自身で☑確認ください

	世帯区分	書類名称	
必ず提出	ア～キ	☒ 住民票の写し ※コピー可 (世帯全員の氏名・生年月日・続柄・世帯主記載のもの) ※【令和 8 年 9 月 1 日以降に発行されたもの】	☒ 非課税世帯証明 (ひたちなか市健康診査用) 令和 8 年度分 ※コピー可
		☒ 振込通帳のコピー (通帳を開いた見開きページ) ※カタカナの氏名が記載しているページです ※原則として申請者本人名義の通帳コピー	
世帯区分に応じて提出	エ	☐ 要介護認定結果通知書のコピー または介護保険被保険者証のコピー 【氏名・介護度の内容が明記されたもの】	☒ 身体障害者手帳のコピー ☐ 療育手帳のコピー ☐ 精神障害者保健福祉手帳のコピー 【氏名・等級・障害名の内容が明記されたもの】
	カ	☐ 指定難病特定医療費受給者証のコピー 【氏名・疾病名・有効期限の内容が明記されたもの】	☐ 民生委員・児童委員調査意見書 【担当民生委員が作成したもの】