

①「歳末援護事業」

—蓮田市内共通お買い物券の贈呈—

対象世帯

下記①または②に該当する世帯（生活保護世帯を除きます）

- ①令和5年10月1日現在、蓮田市に6ヶ月以上居住し、平成17年（2005年）4月2日以降に生まれた子を養育し、世帯全員の市民税が非課税の世帯
- ②令和5年10月1日現在、蓮田市に居住し、平成17年（2005年）4月2日以降に生まれた子を養育し、令和2年から令和4年に特例貸付緊急小口資金、総合支援資金等のいずれかを利用されている世帯

贈呈内容

蓮田市内共通お買い物券を贈呈します。（内容は歳末たすけあい募金額により決定します）

提出書類

- ・上記①の世帯のかた
令和5年度「歳末援護事業」(蓮田市内共通お買い物券)申請書兼同意書(委任状)…《下記》
※世帯全員の委任者印が必要です。
※令和5年1月2日以降に蓮田市へ転入したかたは別途書類の提出が必要となりますので下記へお問い合わせ願います。
- ・上記②の世帯のかた
生活福祉資金貸付決定通知書（緊急小口資金）もしくは生活福祉資金貸付決定通知書（総合支援資金）の写しと令和5年度「歳末援護事業」(蓮田市内共通お買い物券)申請書兼同意書(委任状)…《下記》
※申請者の委任者印が必要です。

提出期限

令和5年11月15日（水）までに持参または郵送（必着）

提出先・問合せ

蓮田市社会福祉協議会 歳末援護事業担当
〒349-0121 蓮田市関山4-5-6 電話 048-769-7111

（キリトリ）

令和5年度「歳末援護事業」(蓮田市内共通お買い物券)申請書兼同意書(委任状)

社会福祉法人 蓮田市社会福祉協議会 宛 令和5年 月 日
歳末援護事業（蓮田市内共通お買い物券の贈呈）に下記のとおり申請します。また、申請にあたり以下の事項について同意します。

- 《同意事項》
1. 必要に応じた生活状況や収入状況等の調査への協力
 2. 必要に応じた行政や民生委員など関係機関への申請内容の照会
 3. 下記申請者（世帯主）及び世帯員は、下表委任事項について、蓮田市社会福祉協議会を代理人と定め蓮田市に請求すること

申請者 (世帯主)	ふりがな			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
	氏名			電話		
	住所	〒 - (アパート名・部屋番号まで記入) 蓮田市		携帯電話		
	委任事項	・住民票（世帯全員分・続柄のみ記載） 一通の発行 ・令和5年度 課税・非課税の状況の確認			委任者印	㊟

世帯員	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	職業又は 学年	委任事項	委任者 印
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		令和5年度 課税・非課税状況の確認	㊟
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		令和5年度 課税・非課税状況の確認	㊟
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		令和5年度 課税・非課税状況の確認	㊟
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		令和5年度 課税・非課税状況の確認	㊟
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		令和5年度 課税・非課税状況の確認	㊟

※世帯員欄は、それぞれ自筆での記入をお願いします。※世帯員欄を超える場合は、コピーしてお使い願います。※押印はスタンプタイプの簡易印鑑（シャチハタ等）以外の使用をお願いします。※提出された個人情報は本事業と当会が実施する事業以外の目的には使用しません。

② 「歳末援護品贈呈事業」

— 紙おむつの贈呈 —

対象者

令和5年10月1日現在、蓮田市に居住し、紙おむつを必要とする次の(ア) (イ) (ウ)のいずれかに該当するかた

(ア) 介護保険の要介護認定の結果、要支援1または2、要介護1または2の認定を受けているかた

(イ) 蓮田市介護予防・日常生活支援総合事業対象者のかた

(ウ) 身体障害者手帳4、5、6級、療育手帳C、精神障害者保健福祉手帳2、3級の交付を受けているかた

※基準日(令和5年10月1日)に施設入所中・入院しているかた、また本会の紙おむつ支給事業をご利用中のかたは原則として対象となりません。

贈呈内容

尿取りパッドまたはリハビリパンツのいずれか一種類を贈呈します。

(歳末たすけあい募金額により変更することがあります)

提出書類

①令和5年度「歳末援護品贈呈事業」(紙おむつ) 申請書…《下記》

②介護保険被保険者証、障害者手帳のいずれかの写し(有効期限内のもの)

提出期限

令和5年11月15日(水)までに持参または郵送(必着)

提出先・問合せ

蓮田市社会福祉協議会 歳末援護事業担当

〒349-0121 蓮田市関山4-5-6 電話 048-769-7111

〈キリトリ〉

令和5年度「歳末援護品贈呈事業」(紙おむつ) 申請書

社会福祉法人 蓮田市社会福祉協議会 宛

令和5年 月 日

歳末援護品贈呈事業(紙おむつ)に必要書類のコピーを添えて下記のとおり申請します。

申請者	ふりがな		電 話	
	氏 名		携帯電話	
	住 所	〒 - (アパート名・部屋番号まで記入)	対象者との続柄	
(使用する人)	ふりがな		電 話	
	氏 名	(男・女)	添付書類のコピー (該当するところに○をつける)	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	住 所	〒 - (アパート名・部屋番号まで記入) 蓮田市		<input type="checkbox"/> 障害者手帳

	品 名	希望に○をつける	製品サイズ(横×縦)等の目安		贈呈数の目安	
希望する紙おむつの種類 (いずれか1品)	尿取りパッド	<input type="checkbox"/>		20cmX48cm	1袋 30枚×4袋	
		リハビリパンツ (男女兼用)	<input type="checkbox"/>	S	ウエストサイズ 55~75cm	1袋 22枚×3袋
	<input type="checkbox"/>		M	ウエストサイズ 65~90cm	1袋 20枚×3袋	
	<input type="checkbox"/>		L	ウエストサイズ 80~105cm	1袋 18枚×3袋	
	<input type="checkbox"/>		LL	ウエストサイズ 95~125cm	1袋 16枚×3袋	
	尿取りパッド	<input type="checkbox"/>		18.4cm×45cm	1袋 22枚×3袋	
		リハビリパンツ (男女兼用)	<input type="checkbox"/>	M	体重 7~12kg	1袋 58枚×2袋
			<input type="checkbox"/>	L	体重 9~14kg	1袋 44枚×2袋
<input type="checkbox"/>			Big	体重 12~20kg	1袋 38枚×2袋	
<input type="checkbox"/>	Bigより大きい		体重 13~25kg	1袋 28枚×2袋		
<input type="checkbox"/>	スーパーBig	体重 15~35kg	1袋 14枚×3袋			

※提出された個人情報、本事業と当会が実施する事業以外の目的には使用しません。