

大野町社会福祉協議会会長 様

住 所 大野町 _____

氏 名 保護者又は世帯主

_____ ㊞

電 話 _____

令和元年度 歳末見舞金配分申請書

次のとおり、令和元年度歳末見舞金の配分を希望するので、申請します。

なお、見舞金の配分のために必要があるときは、この申請書の内容に関して、大野町社会福祉協議会が大野町他関係機関に照会することに同意します。

1. 歳末援助事業の配分対象となる区分（該当する項目に✓を付けてください）

- 身体障害者手帳1級をお持ちの方
療育手帳をお持ちの方
精神障害者保健福祉手帳1級をお持ちの方
大野町準要保護児童生徒就学援助費を受給されている方

2. 該当者氏名 _____

3. 歳末見舞金の振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協
支店名	本店・支店
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

※お預かりした個人情報適切に管理し、当事業に関することにのみ使用します。