（様式１）　共同募金配分事業 歳末激励品交付申請書

**特別児童扶養手当受給者用** ・・・「お子さんが障害認定を受けている方」

令和 年 月 日

安城市社会福祉協議会

会長　神　谷　明　文

共同募金配分事業 歳末激励品の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(保護者) | **住　　所** | 〒　　　－  安城市　　　　　　　町    マンション・アパート名  **※申請後、住所変更があった場合は必ずご連絡ください。** |
| **ふりがな**  **氏　　名** |  |
|  |
| **生年月日** | 昭和・平成 年 月 日 |
| **電 　 話** | **※連絡のとれる電話番号をご記入ください　(　携帯可　)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児 | ふりがな  名　　前 |  |
|  |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 （ 男 ・ 女 ） |
| 対象児 | ふりがな  名　　前 |  |
|  |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 （ 男 ・ 女 ） |

誓約書

共同募金配分事業 歳末激励品を申請するにあたり、次のことを誓約します。

１ 安城市社会福祉協議会が、安城市役所に手当受給の有無を確認することを承諾します。

２ 祝品を他人に譲渡、または担保に利用しません。

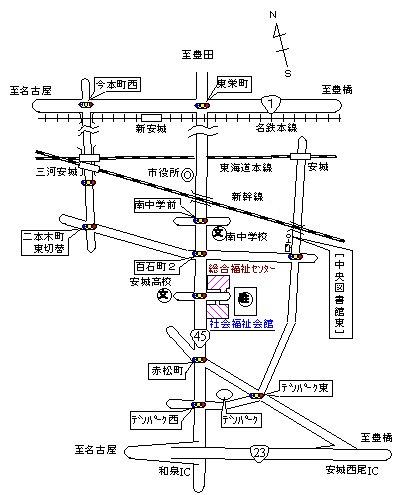
３ 激励品は、民生委員・児童委員の訪問により配付されることに同意します。

**署名**

**《 社会福祉会館周辺地図 》**

住所：安城市赤松町大北７８－４　　電話：０５６６－７７－２９４１

来館される場合は、安城高校を目印にお越しください。



安城高校前

**Ｐ**

あんステップ