令和7年度

歳末たすけあい訪問事業のご案内

新見市社会福祉協議会では、 | 2月 | 日から「歳末たすけあい募金運動」を実施します。この運動を通じて、地域の皆さまからお寄せいただいた募金は、歳末訪問金として、高齢者の方や心身に重度の障がいがある方、準要保護児童生徒のいる世帯などが明るい正月を迎えられるように、地域との温かいつながりを大切にしながら民生委員・児童委員を通じて対象者へ届けていただくこととしています。

対象となる世帯

- ① 8 0歳以上のひとり暮らし高齢者・高齢者のみの世帯 (昭和20年4月 | 日以前生まれ)
- ②身体障害者手帳 | 級、療育手帳 A、 または精神障害者保健福祉手帳 | 級を所持する方(要申請)
 - ※②該当者はいずれも「市民税・県民税非課税者」
 - ※市県民税非課税証明書の添付は必要ありません
- ③準要保護児童生徒のいる世帯(要申請)

■注意事項■

- ①については申請の必要はありません。
- ・②については、該当する方であるかの調査を行います。新見市社会福祉協議会から新見市役所税務課へ依頼し行います。
- ・ ③については、新見市教育委員会学校教育課から対象の世帯のみに送付しております。 第三者へ譲渡することがないようお願いします。
- ・上記①~③の項目の複数に該当する場合、また、同じ項目で世帯の2名以上が該当する場合は、Ⅰ世帯をⅠ件として歳末訪問金をお届けします。
- · 対象者が転出・長期不在・長期入院の場合は訪問金のお届けはできません。 また、訪問時に対象者が施設・病院に入所・入院している場合も訪問金のお届けはできません。



詳細は裏面をご覧ください



申請について

〈申請方法〉

◆ 別紙「令和7年度 歳末たすけあい訪問金申請書」に記入の上、新見市社会福祉協議会 (本所または各支所)まで持参または郵送してください。

ただし、郵送の場合は11月21日(金)必着とします。

(来所が難しい方は新見市社会福祉協議会へご連絡ください。)

- ◆ 身体障害者手帳 I 級、療育手帳 A、または精神障害者保健福祉手帳 I 級をお持ちの方は、恐れ入りますが、該当の手帳をご持参くださいますようお願いいたします。
 - ※郵送の場合は各手帳の写し(顔写真・氏名・住所・等級が分かるページ)を添付してください。
 - ※申請時の「市県民税非課税証明書」の添付は必要ありません。

〈申請期間〉

令和7年 | | 月4日(火) ~ 令和7年 | | 月2 | 日(金) ※土・日・祝日は除く 受付時間 午前9時から午後5時まで

訪問について

〈訪問時期〉

12月中下旬にお住まいの地域の民生委員・児童委員が訪問して訪問金をお届けします。

〈訪問金〉

1世帯 3,000円

※複数の条件に該当する場合は | 件のみ

申請場所・お問い合わせ

社会福祉法人 新見市社会福祉協議会 (新見市共同募金委員会)

本 所	新見市金谷640- I (新見市地域福祉センター)	 72-7306
大佐支所	新見市大佐小阪部 469 - (新見市役所大佐支局内)	☎ 98-3119
神郷支所	新見市神郷下神代3946 (新見市神郷地域福祉センター)	太 92-6677
哲多支所	新見市哲多町本郷246-4 (新見市役所哲多支局内)	☎ 96−3111
哲西支所	新見市哲西町矢田3604 (新見市役所哲西支局内)	☎ 94−3333

この事業は、皆様からの歳末たすけあい募金により実施しています。



令和7年度 歳末たすけあい訪問金申請書

令和 年 月 日

新見市社会福祉協議会 会長 殿

下記のとおり、歳末たすけあい訪問金を希望するので申請いたします。なお、担当民生委員児童委員への個人情報の提供に同意します。

名				生	年月日	T·S·H·	R 年	月	日
所	新見市						世帯人数		<u>人</u>
汝地区	区名			電	話		_		
~~~~~	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	1級、別	索育手帳.	A、または	精神障	害者保健	福祉手帳	1級のコ	ピーを添
			な市民税が	ジ非課税である。	ること	の確認を、	下記のと	おり社会	福祉協議会が
				同意	書				
私の市民税課税状況について、社会福祉法人 新見市社会福祉協議会会長が調査する ことについて同意します。									
令和	年	月	日						
				申請者為	本人				
				又は代理	里人自身	<b>置</b>			
								(続柄:	)
			進しい場合	は、代理)	人の氏症	名および目	申請者との	)続柄(ご	<u>゛関係)を</u>
	女身付な行よと令ご女体しおう私と令ごのに和本	所 新見市 対地区名 <b>身体障害者手帳</b> <b>付してください</b> なお、上記の申請 なおことに同意し 私の市民税課税 ことについて 令和 年	所 新見市 対地区名 <b>身体障害者手帳1級、教</b> <b>付してください</b> なお、上記の申請に必要を 行うことに同意します。 私の市民税課税状況に とについて同意します 令和 年 月	所 新見市 対地区名 <b>身体障害者手帳1級、療育手帳</b> 付してください なお、上記の申請に必要な市民税が行うことに同意します。  私の市民税課税状況について、ことについて同意します。  令和 年 月 日	所 新見市 対地区名 電 <b>身体障害者手帳1級、療育手帳A、または</b> 付してください なお、上記の申請に必要な市民税が非課税であ行うことに同意します。 同 意 私の市民税課税状況について、社会福祉をことについて同意します。 令和 年 月 日 申請者を 又は代表	所 新見市 電 話 身体障害者手帳1級、療育手帳A、または精神障付してください なお、上記の申請に必要な市民税が非課税であること 行うことに同意します。	所 新見市    対地区名 電 話     対体障害者手帳1級、療育手帳A、または精神障害者保健     付してください     なお、上記の申請に必要な市民税が非課税であることの確認を、行うことに同意します。     同 意 書	所 新見市 世帯人数 対地区名 電 話 一  身体障害者手帳1級、療育手帳A、または精神障害者保健福祉手帳 付してください なお、上記の申請に必要な市民税が非課税であることの確認を、下記のと 行うことに同意します。 同 意 書  私の市民税課税状況について、社会福祉法人 新見市社会福祉協議 ことについて同意します。 令和 年 月 日 申請者本人 又は代理人自署  ※ご本人による自署が難しい場合は、代理人の氏名および申請者との	所 新見市 世帯人数 電 話

社協記入欄								
申請書	添付書類	民生委員名	受付職員名	受付票No.	受付印			

※ この申請書と添付書類を添えて新見市社会福祉協議会本所または各支所に提出してください。

ただし、郵送の場合は11月21日(金)必着とします。

※ ご記入いただいた内容は、歳末たすけあい訪問事業以外には使用いたしません。