

銚田市社協からの お知らせ

これらの「歳末たすけあい事業」は、銚田市内で集められた赤い羽根共同募金を活用して実施しています

あつまれ！みんなの食卓応援事業

生活が困窮している世帯に対し、無料で食品や日用品などを提供し、少しでも生活の不安を解消していただくよう実施します。

- 対象 銚田市在住で生活に困窮している世帯
※生活保護を受給している世帯は対象外となります。
- 内容 食品(お米・カップ麺等)や日用品(洗剤等)などを無料で配布します
- 申込方法 電話で申し込んでください。
- 配布方法 **令和7年11月29日(土)**



申し込みされました世帯に食料品や日用品などを含んだセット(食卓応援 BOX)を配布いたします。

ほこたサンタがやってくる

年末の楽しいイベントのひとつであるクリスマスを、より楽しい時間として過ごしてもらうため、その一助となるよう実施します。

- 対象 銚田市に住民登録がある準要保護に認定されている小学1年生から小学6年生が対象
〔平成25年4月2日～平成31年4月1日に生まれた子〕
- 内容 **クリスマスケーキ(ホール) 1台**
クリスマスカード 1枚などをプレゼント
- 申込方法 申込書(様式第1号)に必要事項を記載し、電話または窓口で申し込んでください。※申込書は社協ホームページからダウンロードできます。
- 配布方法 **令和7年12月24日(水)**に社協本所において、**ドライブスルー方式**で配布いたします。
来所することが困難な場合には、ご相談ください。



歳末たすけあい見舞金事業

明るなお正月を迎えられるようにと赤い羽根共同募金運動で集められた募金の一部を、市内で暮らす対象世帯に配布します。

- 対象区分
- ア) 障害者手帳の交付を受けている(精神1級・身体1級・療育Ⓐ)
 - イ) 満75歳以上のひとり暮らし高齢者
 - ウ) その他、本会会長が必要と認めた世帯

対象世帯の要件 ①銚田市内に6ヶ月以上居住している ②世帯全員の市県民税が非課税
③世帯収入が126万円以下 ④生活保護を受給していない ⑤民生委員の支援が必要

- 内容 今年度の募金実績と対象世帯数に基づき、審査委員会により見舞金額が決定します。
- 申込方法 申請書・世帯全員の非課税証明書・住民票謄本・障害者手帳の写し(区分アの世帯のみ)を揃えて申し込んでください。
- 配布方法 **12月中旬頃民生委員の協力により**配布いたします。

申込期間 **令和7年10月1日(水)から11月14日(金)※期限厳守**

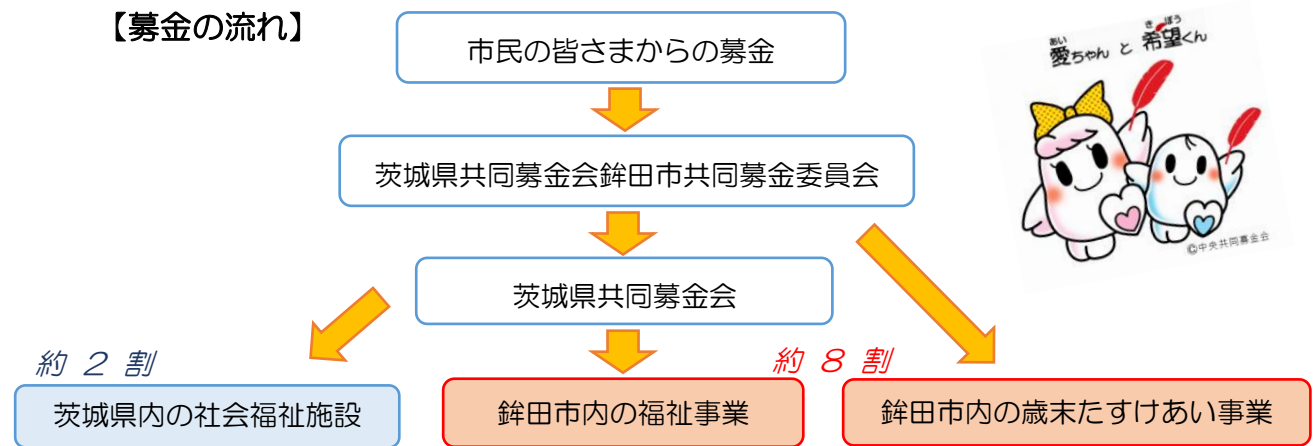
【問合せ先・提出先】銚田市社会福祉協議会 ☎ 0291-32-5831



赤い羽根共同募金

銚田市共同募金委員会では、10月1日から12月31日を募金活動期間とし、市民の皆さまからご協力をいただいております。

銚田市内で集められた募金は、市内の福祉事業に**約8割**が助成されます。残りの**約2割**が茨城県内の社会福祉施設や災害準備金として活用されます。銚田市社会福祉協議会は、この助成金を活用して事業を実施しています。



【問合せ・申込先／銚田市社会福祉協議会 銚田本所】

(老人福祉センターともえ荘 隣)

銚田市当間228番地

TEL0291-32-5831



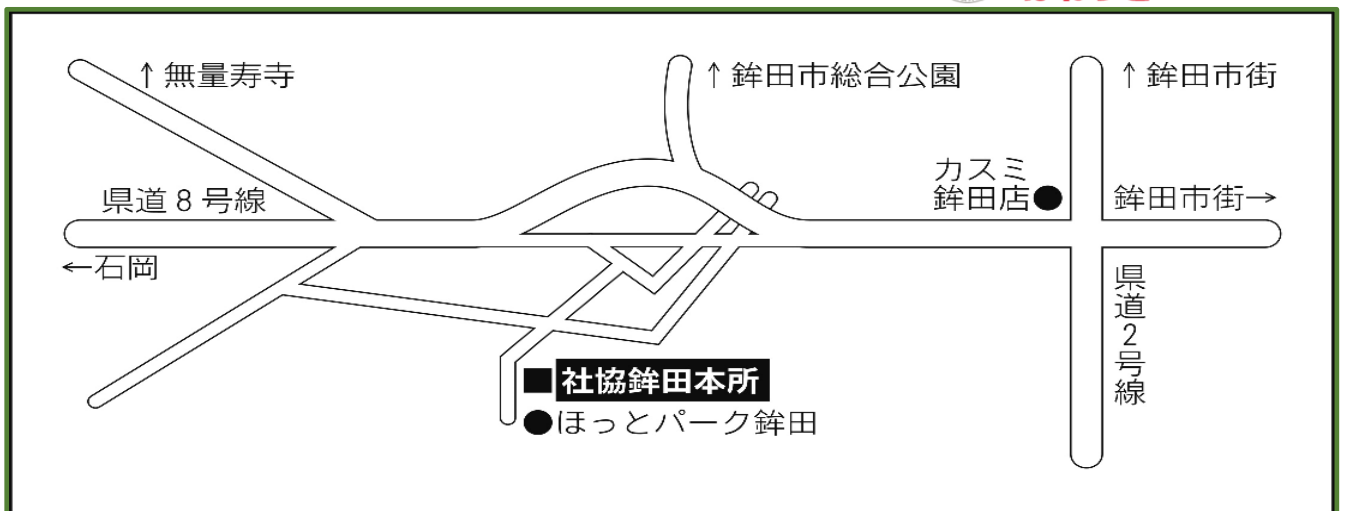
ホームページ



Instagram



赤い羽根募金のつかいみち
赤い羽根データベース
はねっと



(様式第1号)

令和7年度 歳末たすけあい事業
ほこたサンタがやってくる 申込書

社会福祉法人 銚田市社会福祉協議会長 様

歳末たすけあい事業～ほこたサンタがやってくる～ に申請します。

ふりがな		続柄		電話・社協
保護者氏名			申請日	令和7年 月 日
保護者住所	〒	銚田市	連絡先	
1) こども名前 (カタカナで記入)		歳	所属学校名	小学 年生
2) こども名前 (カタカナで記入)		歳	所属学校名	小学 年生
3) こども名前 (カタカナで記入)		歳	所属学校名	小学 年生

注) 同一世帯に対象者が1名以上の場合でも、クリスマスケーキ等の提供品は1名分となります。

私は、銚田市社会福祉協議会が当事業の対象要件の確認を行うため、申込み内容について銚田市に照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____ ㊟

受取希望時間 (令和7年12月24日(水) 16:00~19:00の間)

令和7年 月 日 午後 :

※上記の日時にどうしても受取が難しい場合は、事前にご相談ください。

令和 7 年度 歳末たすけあい見舞金事業申請書

社会福祉法人 銚田市社会福祉協議会長 様

フリガナ				生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
申請者 氏名						
住 所	〒 3 1 1 -			電話番号	()	
	銚田市		番地	民生委員		
世帯 構 成 等	続柄	氏 名	生年月日		年齢	職業・学校
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			
			大・昭・平・令 年 月 日			
該 当 す る 所 に ○ を 記 入	(ア) 障害者手帳の交付を受けている方					
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級の方		手帳番号		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級の方		手帳番号		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳㊦ (マル A) の方		手帳番号		
	<input type="radio"/>	(イ) 満 75 歳以上のひとり暮らし高齢者世帯 (昭和 25 年 10 月 1 日以前に生まれた方)				
	<input type="radio"/>	(ウ) その他、本会会長が必要と認める世帯				
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 住民票謄本 <input type="checkbox"/> 世帯全員の市県民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し …上記の (ア) 世帯のみ					

※この申請書に記載された個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

私は、銚田市社会福祉協議会が当事業の対象要件の確認を行うため、申込み内容について銚田市に照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____