

対象世帯に100%分の灯油給付券を交付します

「福祉灯油」のご案内

日高町では、在宅で生活する高齢者世帯等を対象に、冬期間における経済的支援を図るため「福祉灯油給付事業」を実施します。

申請期間 令和3年12月14日～令和4年3月15日

■対象となる世帯 次の①から③の要件を全て満たす世帯が対象です。

①住所要件

令和3年12月1日現在、日高町に住所があり、申請時に引き続き町内に居住している世帯。施設入所者、長期入院中の方は対象となりません。

②課税要件

令和3年度の町民税が非課税世帯

③次のア～エのいずれかに該当する世帯

- ア 高齢者世帯 ・世帯全員が65歳以上の世帯
・65歳以上の方が平成15年4月2日以降に生まれた児童を扶養している世帯
- イ ひとり親世帯 父または母と平成15年4月2日以降に生まれた児童で構成される世帯
- ウ 障がい者世帯 重度の障がい者（身体障害者手帳1・2級、療育手帳のA判定、精神障害者保健福祉手帳1級のいずれかに該当する方）が同居している世帯
- エ 生活保護世帯 生活保護法による保護受給世帯

■助成内容

1世帯当たり100リットル分の灯油給付券を交付します。

所得等を審査のうえ、認定された方には灯油給付券を郵送します。

灯油給付券は指定の町内灯油取扱店で利用できます。

■申請方法

裏面の申請書に必要事項を記入のうえ、下記の申請書提出先へ提出してください。

※申請書は各窓口にも配置しています。

印鑑、身体障害者手帳等（障がい者世帯として申請される方）を持参してください。

■申請書提出先

役場高齢者福祉課、日高総合支所地域住民課、水・くらしサービスセンター、厚賀出張所

お問い合わせ先

役場高齢者福祉課

TEL 01456-2-6561

日高総合支所地域住民課

TEL 01457-6-3173

福祉灯油支給申請書

年 月 日

日高町長 様

日高町

申請者 住所

氏名

(印)

電話番号 () -

福祉灯油の支給決定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、支給の可否決定のため、私の世帯の家族構成、町民税の賦課状況及び児童扶養手当支給申請資料を調査すること並びに日高町町税等の滞納に対する制限措置に関する条例に基づく当該条例の対象の有無を確認することについて同意します。

世帯の状況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	障害者手帳 (等級等)	
			世帯主	年 月 日	身・療・精
				年 月 日	身・療・精
				年 月 日	身・療・精
				年 月 日	身・療・精
				年 月 日	身・療・精
		課 税 状 況	(町民税) 課税 ・ 非課税		

※町使用欄(記入しないでください。)

世帯の課税状況等を調査した結果、福祉灯油の支給は、 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 と決定する。	
令和 年 月 日	
調査員職・氏名	
印	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
世帯要件	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
課税状況	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
対象者名簿	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり

受付印	
-----	--