

総合支援資金特例貸付 状況確認シート兼自立相談支援機関への支援同意書

記入日	令和2年	フリガナ 氏名	性別	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 歳
	月				

住所							
電話	自宅				E-mail		
	携帯						

現在の貸付状況	<input type="checkbox"/> 緊急小口資金特例貸付 入金日： 令和2年 月 日 ※最後に送金があった日 借受金額(総額) _____ 円					
	<input type="checkbox"/> 緊急小口資金特例貸付借入なし					

住居	<input type="checkbox"/> 持家	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> 野宿	健康 状態	<input type="checkbox"/> 良い
	<input type="checkbox"/> 賃貸アパート・マンション	<input type="checkbox"/> 会社の寮・借り上げ住宅			<input type="checkbox"/> 良くない／通院している
	<input type="checkbox"/> 公営住宅	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 良くないが通院していない

同居者	<input type="checkbox"/> 有 (自分を含め _____ 人)	<input type="checkbox"/> 無	子ども	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (_____ 人)
-----	--	----------------------------	-----	----------------------------	---------------------------------------

収入減少前の状況	月額所得 (月額 約 _____ 円)	減収理由			
現在の収入の状況	※申請月(_____ 月)の見込	滞納	<input type="checkbox"/> 滞納あり	<input type="checkbox"/> 滞納なし	
	月額所得 (月額 約 _____ 円)	生活福祉資金の借入以外の債務		<input type="checkbox"/> 債務あり	<input type="checkbox"/> 債務なし

現在の職業	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 非正規非常勤職員 <input type="checkbox"/> 非正規職員 <input type="checkbox"/> その他()
-------	------	---

就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している(自営業、個人事業主含む) <input type="checkbox"/> 就労しているが、休業中 <input type="checkbox"/> 就労しているが、転職先を探したい／探している <input type="checkbox"/> 今後、就労予定(就労先決定済み) <input type="checkbox"/> 仕事を探したい／探している(現在無職) <input type="checkbox"/> 仕事をしていない(仕事は探していない)	貸付終了後の収入の見通し	<input type="checkbox"/> 収入の予定あり 具体的内容 (_____) <input type="checkbox"/> 収入の予定なし
------	--	--------------	--

自立相談支援機関に相談したいこと	<input type="checkbox"/> 病気や健康、障害のこと <input type="checkbox"/> 住まいについて <input type="checkbox"/> 収入・生活費のこと <input type="checkbox"/> 家賃やローンの支払いのこと <input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払いについて <input type="checkbox"/> 債務について <input type="checkbox"/> 仕事探し、就職について <input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル <input type="checkbox"/> 地域との関係について <input type="checkbox"/> 家族との関係について <input type="checkbox"/> 子育てのこと <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> ひきこもり・不登校 <input type="checkbox"/> DV・虐待 <input type="checkbox"/> 食べるものがない <input type="checkbox"/> その他()
------------------	---

具体的な内容	
--------	--

希望する支援内容	<input type="checkbox"/> 電話等で相談した際に情報提供や助言等、必要に応じた支援をお願いしたい。 <input type="checkbox"/> 今後の生活の自立に向けて、面接相談を希望し、支援内容等を一緒に考えてもらいたい。 <input type="checkbox"/> その他()
----------	--

各自立相談支援機関が規程する「個人情報保護に関する管理・取扱規程」に基づいて、相談支援の検討、実施等にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意の上、償還開始までに自立相談支援機関からの支援を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人署名 _____