

総合支援資金特例貸付【初回・延長】貸付にかかる状況確認シート

記入日	令和 年 月 日	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 歳
-----	----------	----	--	------	--

住所			
電話	自宅		携帯
E-mail			

現在の貸付状況	<input type="checkbox"/> 緊急小口資金特例貸付	申請した機関	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(社協名:)
	入金日 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 郵便局
	借受金額 _____ 円	※該当がない場合には、記入の必要なし。	
	<input type="checkbox"/> 総合支援資金特例貸付	申請した機関	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会(社協名:)
	入金日 令和 年 月 日	※初回時には、記入の必要なし。	
	借受金額 _____ 円		

住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家	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"/> 良くない/通院している
	<input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 会社の寮・借り上げ住宅		<input type="checkbox"/> 良くないが通院していない
	<input type="checkbox"/> 野宿 <input type="checkbox"/> その他()		

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 _____ 円)	減収の理由	
現在の収入の状況	※申請月(_____ 月)の見込 月額所得 (月額 _____ 円)	滞納	<input type="checkbox"/> 滞納あり <input type="checkbox"/> 滞納なし
		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	※業種、職種をご記入ください(自営業の場合も)	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	

別紙の「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、自立相談支援機関の利用を申し込みます。

令和 年 月 日 本人署名

自立相談支援機関記入欄	<input type="checkbox"/> 支援決定 ⇒ 社会福祉協議会への連絡 <input type="checkbox"/> 非決定 → <input type="checkbox"/> 福祉事務所への連絡 <input type="checkbox"/> その他
	今後の対応方針、モニタリング予定
	自立相談支援機関名: 支援員氏名: