

総合支援資金特例貸付 再貸付にかかる状況確認シート(様式例)

記入日	年 月 日	氏名	生年月日	年 月 日
-----	-------	----	------	-------

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 (有・無)	■借受金額総額	
	<input type="checkbox"/> 総合支援資金特例貸付 (有・無)	緊急小口資金	円
	<input type="checkbox"/> 総合支援資金特例貸付<延長> (有・無)	総合支援資金	円

■前回の申請時以降の変化の有無

同居者の状況	<input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 該当なし	住まいの状況	<input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	子どもの状況	<input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 該当なし
具体的な内容					

現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない/通院している <input type="checkbox"/> 良くないが通院していない	具体的内容	
---------	--	-------	--

収入減少前の状況	月額所得 (月額 約 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 約 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	

就労状況	■前回申請時以降の変化の有無 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	現在の職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 業種名、職種名()
	■現在の状況 <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、転職先を探したいもしくは探している <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"/> (仕事は探していない)	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員(正社員) <input type="checkbox"/> 非正規(パート・アルバイト)職員 <input type="checkbox"/> 非正規非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他()
		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"/> 家賃やローンの支払いのこと <input type="checkbox"/> 仕事探し、就職について <input type="checkbox"/> 家族との関係について <input type="checkbox"/> ひきこもり・不登校 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 住まいについて <input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払いについて <input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル <input type="checkbox"/> 子育てのこと <input type="checkbox"/> DV・虐待	<input type="checkbox"/> 収入・生活費のこと <input type="checkbox"/> 債務について <input type="checkbox"/> 地域との関係について <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 食べるものがない
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。

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・継続 ⇒ 社会福祉協議会への連絡 <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