

光市社会福祉協議会 会長 梅本貞則 様

自立相談支援機関相談確認書

この確認書の送付をもって、自立相談支援機関の面接等の支援を受けたことといたします。
なお、自立相談支援機関から連絡がある場合がありますので、予めご了承ください。

【生活の状態について（任意）】

新型コロナウイルス感染症生活困窮者自立支援金を申請した時点と比較して、その後変わった点についてお伺いします。

一番近い状況に✓を入れて下さい。（複数回答可。主なもの3つまで）

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 世帯収入が増えた <input type="checkbox"/> 世帯収入が減った <input type="checkbox"/> 失業（廃業）した <input type="checkbox"/> 家族が失業（廃業）した <input type="checkbox"/> 転職をしたい <input type="checkbox"/> 電気・ガス・水道・携帯電話料金を滞納している <input type="checkbox"/> 食べ物に困ることがある <input type="checkbox"/> 子どもに必要なもの（学校で使う物や給食費等）を買えない <input type="checkbox"/> （家族も含めて）入院加療が必要な病気にかかった <input type="checkbox"/> お金を借りた／借りたお金を返せない <input type="checkbox"/> 家賃の安い住宅に引越しをしたい <input type="checkbox"/> 特に変わらない |
|--|

【生活上のお困りごとについて（任意）】

現在、生活上において困っていること、不安なことがありましたら記入して下さい。記入内容について、相談員との面談等を希望される場合は下記に✓を入れて、自立相談支援機関にご提出下さい。こちらからご連絡いたします。

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 電話での相談を希望する
<input type="checkbox"/> 面談での相談を希望する |
|--|

【生活保護の相談の希望について（任意）】

生活保護の相談を希望される場合は左欄に✓を入れてください。

提出日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名： _____

住 所： _____ 電話番号： _____