

利 用 申 込 書

特定非営利活動法人 やどかりプラス 御中

申込日 令和 年 月 日

私は貴法人の提供する，地域ふくし連帯保証事業の利用を申し込みます。

署名 印

利 用 者	No.				
ふりがな				年 齢	歳
氏 名				生年月日	昭和・平成 年 月 日
現 住 所	〒	-			
☐ 病院 ☐ 施設 ☐ アパート ☐ 路上生活 ☐ その他（名称: ）					
電話番号				E-mail	

入居予定物件		入居予定日；令和 年 月 日予定			
住 所	〒	-			
家 賃	円	敷 金	円	共 益 費	円
管理会社 仲介不動産			家賃納入方法	☐ 本人振込（毎月 日） ☐ 福祉事務所直接振込	
火災保険業者			火災保険契約期間	☐ 1年 ☐ 2年	開始年月日 令和 年 月 日
入居予定者	☐ 申込者のみ ☐ 申込者及び家族等 ☐ その他（ ）				

収 支 状 況		（すべて必須記入事項）	
収 入 月 額	約 円/月	申請時の 貯蓄金額	約 円
収入の内訳	☐ 就労収入 ☐ 年金収入（老齢・遺族・障害）月額約 円 ☐ 生活保護（福祉事務所/担当ケースワーカー 氏） ☐ その他（ ）		
支 出 月 額	約 円/月	債 務 状 況	約 円 内容)

利用者記載用②

利用の要件等

☐ 身体

☐ 知的

☐ 精神 障害者

☐ 難病等その他

☐ 高齢者

☐ DV被害者

医療面

入院・通院 先		診断名	
通院先		診断名	
通院先		診断名	
訪問看護 事業所名			

介護保険・福祉サービス等の利用状況

介護保険 手帳等	☐ 要支援 （ 1 ・ 2 ） ☐ 身体障害者手帳 （第 種 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級 ） ☐ 療 育 手 帳 （第 種 A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ） ☐ 精神保健福祉手帳 （ 1 ・ 2 ・ 3 級 ） ☐ 要介護 （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） ☐ 指定難病受給者証		
利用している サービス内容		事業所名 (担当者・連絡先)	
利用している サービス内容		事業所名 (担当者・連絡先)	
利用している サービス内容		事業所名 (担当者・連絡先)	

就 労 状 況

勤務先 (職 種)		就労形態	☐ 常勤 ☐ 派遣 ☐ パート・アルバイト ☐ 福祉的就労 ☐ 未就労
勤務先住所		連 絡 先	

相談までの経緯

●連帯保証に関する相談について

☐ 親・きょうだい・親族に相談したが断られた

☐ 知人等に相談したが断られた

☐ 相談できる人がいない・誰にも相談していない

☐ その他（ ）

●連帯保証に関する相談を断られた・相談していない主な理由

☐ 経済的な問題

☐ 心理的な問題

☐ 長期間交流がない（連絡が取れない）

☐ 身寄りはない

☐ 相談した人が生活保護受給者のため連帯保証人になれない

☐ その他（ ）