

## 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 西暦 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	西暦 年 月 日
現住所	〒 -		
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 路上生活 <input type="checkbox"/> その他 (名称: )			
電話番号		E-mail	

入居予定物件	入居予定日：西暦 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	<input type="checkbox"/> 本人振込 (毎月 日) <input type="checkbox"/> 福祉事務所直接振込
火災保険業者		火災保険契約期間	<input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 開始年月日 西暦 年 月 日
入居予定者	<input type="checkbox"/> 申込者のみ <input type="checkbox"/> 申込者及び家族等 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 年金収入 (老齢・遺族・障害) 月額約 円 <input type="checkbox"/> 生活保護 (福祉事務所/担当ケースワーカー 氏) <input type="checkbox"/> 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

**申込日 西暦 年 月 日**

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	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (第 種 1・2・3・4・5・6 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (第 種 A1・A2・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (1・2・3 級) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 福祉的就労 <input type="checkbox"/> 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 ( )