

由布市社会福祉協議会
会長 様

自立相談支援機関相談確認書

【生活上のお困りごとについて】(必須)

支給を受けた後から現在までの状況で一番近いものに✓を入れてください。(複数回答可)

- 世帯の収入が少ない／減った
- (世帯員も含めて) 失業(廃業)した／ほぼ失業(廃業)に近い状況にある
- 家賃・光熱水費・携帯電話料金の支払いができないことがある
- 日用品や食べ物の購入に困ることがある
- 子どもに必要なもの(学校用品や給食費等)を買えない
- (世帯員も含めて) 入院加療が必要な病気にかかったが医療費が払えない
- お金を借りている／借りているお金を返せない 特に変わらない
- その他(自由記入)

上記お困りごとについて、今後希望することに✓をしてください。(必須)

- 電話での相談を希望する
- 面接での相談を希望する
- 生活保護の相談を希望する
- 相談を希望しない → (下記を必ずご記入ください)

今後の生活の見込み(どう生活を維持していくか)を記入してください。

※この確認書をもって、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。

提出日： 年 月 日

氏 名：

電話番号：