

自立相談支援機関の相談に係る受付・申込票

氏名		連絡先		生年月日	昭和・平成	年	月	日
住所	宮古島市								
同居者	有(自分を含んで 人)・無			別居の家族	有(人)・無				
名前	会社・学校名		雇用形態(正社員やバイトなど)		月収	給料の支給			
					円	振込・手渡し			
					円	振込・手渡し			
					円	振込・手渡し			
					円	振込・手渡し			
					円	振込・手渡し			
					円	振込・手渡し			
住居	賃貸マンション・賃貸一軒家・その他()			家賃*共益費は含まない (円)					
間取り	1K・1LDK・2K・2LDK・3LDK・その他()			賃貸契約名義人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他(名前)				
賃貸会社	不動産もしくは大家さん名:			家賃の支払い	引落し・振込・手渡し・その他()				
光熱費の支払	電気(引落し・コンビニ・クレジット)		ガス(引落し・コンビニ・クレジット)		水道(引落し・コンビニ)				
家計の収支	世帯として(月々の収入 円)・(月々の支出 円)								
公的給付	雇用保険(円)		児童手当(円/4ヶ月)		児童扶養手当(円/2ヶ月)				
	特別児童扶養手当(円)		年金(円/2ヶ月)						
	障害者手当(円)		特別障害者手当(円)						
負債	負債・ローン(有・無) 総額(円)		毎月の支払(円)		負債・ローンの理由()				
滞納	家賃(ヶ月)	水道(ヶ月)	ガス(ヶ月)	電気(ヶ月)	電話(ヶ月)				
	住民税(ヶ月)	国保(ヶ月)	年金(ヶ月)	介護保険(ヶ月)					
健康状態	通院(有・無)		病名()			通院先等()			
障がい	障がい(有・無)		障がい手帳(有・無)		障がい名:等級()・(級)				
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 健康保険(国保以外)		<input type="checkbox"/> 加入していない				
収入が減った理由	※退職や減収にあたり新型コロナウイルス感染症との関連性を具体的に記入。								
家計再生計画	※今後どのように生活や仕事を立て直していくか、休業・自粛中の活動等を具体的に記入。								
相談機関	※これまで相談をした機関に✓をいれてください。 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 法テラス <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他()								