

# 育米利用申込書

## 【必ずご記入ください】

記入日	令和 年 月 日	ふりがな 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	
住所	高根沢町					世帯人数	人
電話	自宅	携帯					
E-mail							

## 【今後の取り組みの参考とするため、可能な範囲でご記入ください】

住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 賃貸アパート・マンション <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 会社の寮・借り上げ住宅 <input type="checkbox"/> その他( )			家族の 健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない/通院している <input type="checkbox"/> 良くないが通院していない (対象の方: )		
世帯状況	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	勤務先・学校名(学年)	
困っている こと・相談 したいこと (複数回答 可)	<input type="checkbox"/> 病気や健康、障害のこと <input type="checkbox"/> 住まいについて <input type="checkbox"/> 家賃やローンの支払いのこと <input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払いについて <input type="checkbox"/> 仕事探し、就職について <input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル <input type="checkbox"/> 家族との関係について <input type="checkbox"/> 子育てのこと <input type="checkbox"/> ひきこもり・不登校 <input type="checkbox"/> DV・虐待 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 収入・生活費のこと <input type="checkbox"/> 債務について <input type="checkbox"/> 地域との関係について <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 食べるものがない				
具体的な 内容							

## 【社会福祉協議会からの必要な支援につながるお手伝いを希望しますか？】

<input type="checkbox"/> 希望する → 電話にてご連絡いたします。電話に出られる時間帯( 時 分～ 時 分) <input type="checkbox"/> 希望しない
--

※記入いただいた内容は高根沢町社会福祉協議会が管理し、目的以外の使用はいたしません。

## 【ありがとうメッセージ】

※寄付者へのお礼の際、皆様のメッセージ(匿名)を添えさせていただきます。可能な限り一言メッセージにご協力ください。

\*\*\*\*\*

事務局記入欄 (支援希望者のみ)	<input type="checkbox"/> 連絡日時(初回) 月 日 時 分【対応者:   】
	今後の対応方針、モニタリング予定