

総合支援資金特例貸付（再貸付）申込書

フリガナ 氏名	
フリガナ	
住所	〒
電話番号	固定 携帯
自立相談支援機関への相談状況 〔該当する選択肢を○で囲み、日付を記入〕	ア 自立相談支援機関へ相談をしている。 相 談 日：令和___年___月___日 イ 自立相談支援機関へ相談をしていない。 相 談 予 定 日：令和___年___月___日

広島県社会福祉協議会会長 殿

○私は、引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響による収入の減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっており、そのため上記の通り総合支援資金特例貸付を借り入れたく申し込みます。

○私及び私の世帯は、緊急小口資金及び総合支援資金の特例の借入が終了しています。

○貸付け後は、早期自立に努めます。

○私は現在、生活保護を受給していません。

○私は現在、自己破産の手続きを行っていません。

○本貸付金を事業の運転資金として使用しません。

○私以外の世帯の者は、本特例貸付の借入を行っていません。

○記入した個人情報については、本制度に必要な範囲で、第三者に提供することに同意します。

○私は、貴社会福祉協議会が、貸付けに必要な範囲で、全国社会福祉協議会、他の都道府県社会福祉協議会、自治体、公共職業安定所、自立相談支援機関、家計相談支援機関等の関係機関に照会し、私の個人情報の提供を受けることに同意します。

○私及び私の世帯の者は、暴力団員ではありません。また、借入期間中においても暴力団員にはなりません。私は、貴社会福祉協議会が必要に応じ官公署等から私又は私の世帯員に係る暴力団員該当性情報の提供を求めることに同意します。

〔暴力団とは、「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」（平成3年法律第77号）第2条第2号にあるとおり、「その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体」を指します。〕

○貸付審査の結果、貸付不承認となった場合、理由は開示されないことに同意します。

令和3年___月___日 借入申込者

印

総合支援資金特例貸付
借 用 書 (再貸付)

借用金額	万円	借入月額	万円×__か月
借入期間	令和3年__月から令和3年__月までの3か月間		

総合支援資金特例貸付の貸付金として上記金額を借用いたしました。
については、本借用書および初回貸付時に署名した重要事項説明書記載の厳守事項を固く守り、
貴会の指示に従って、下記の条件により相違なく償還いたします。

令和3年 月 日※都道府県社協記入欄

社会福祉法人広島県社会福祉協議会会長 殿
(借受人)

住 所	
氏 名 (自 署)	印
生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成

[借入要項]

1 貸付金の 受領方法	借受人が指定する金融機関口座への振込による。	
2 貸付金の償還	据置期間	__か月 (最大 12 か月)
	償還期間	__か月 (最大 120 か月)
	償還方法	<input type="checkbox"/> 月賦償還 <input type="checkbox"/> 一括償還
3 延滞利子	上記償還期間の最終日までに償還金を償還しなかったときは、償還期間経過後の残元金に対し、年利 3.0%の延滞利子を徴収します。	

【留意事項】

- ①上記の太枠線は申込者本人が記入してください。
- ②据置期間は、送金日が属する月の翌月から開始となります。
- ③償還期間は、据置期間終了月の翌月から開始となります。
- ④繰上償還は、各都道府県社会福祉協議会が指定する金融機関口座となります。

地 区	年 度	資 金	貸付コード	受付番号	
				市区町社協	

総合支援資金特例貸付 再貸付にかかる状況確認シート(様式例)

記入日	年 月 日	氏名		生年月日	年 月 日
-----	-------	----	--	------	-------

住所					
電話	自宅			携帯	
E-mail					

現在の貸付状況	<input type="checkbox"/> 緊急小口資金特例貸付 (有・無)	■借受金額総額	
	<input type="checkbox"/> 総合支援資金特例貸付 (有・無)		緊急小口資金 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 総合支援資金特例貸付<延長> (有・無)		総合支援資金 _____ 円

■前回の申請時以降の変化の有無

同居者の状況	<input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 該当なし	住まいの状況	<input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	子どもの状況	<input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 該当なし
具体的な内容					

現在の健康状態	<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	具体的な内容	{ _____ }
---------	--	--------	-----------

収入減少前の状況	月額所得 (月額 約 _____ 円)	減収の理由	
現在の収入の状況	※申請月(_____ 月)の見込 月額所得 (月額 約 _____ 円)	滞納	<input type="checkbox"/> 滞納あり <input type="checkbox"/> 滞納なし 生活福祉資金の借入以外の債務 <input type="checkbox"/> 債務あり <input type="checkbox"/> 債務なし

就労状況	■前回申請時以降の変化の有無 <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし	現在の職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 業種名、職種名(_____)
	■現在の状況 <input type="checkbox"/> 就労している(自営業、個人事業主含む) <input type="checkbox"/> 就労しているが、休業中 <input type="checkbox"/> 就労しているが、転職先を探したいもしくは探している <input type="checkbox"/> 今後、就労予定(就労先決定済み) <input type="checkbox"/> 仕事を探したい/探している(現在無職) <input type="checkbox"/> (仕事は探していない)	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員(正社員) <input type="checkbox"/> 非正規(パート・アルバイト)職員 <input type="checkbox"/> 非正規非常勤職員 <input type="checkbox"/> その他(_____)
		貸付終了後の収入の見通し	<input type="checkbox"/> 収入の予定あり { 具体的な内容 } <input type="checkbox"/> 収入の予定なし

自立相談支援機関に相談したいこと	<input type="checkbox"/> 病気や健康、障害のこと <input type="checkbox"/> 家賃やローンの支払いのこと <input type="checkbox"/> 仕事探し、就職について <input type="checkbox"/> 家族との関係について <input type="checkbox"/> ひきこもり・不登校 <input type="checkbox"/> その他(_____)	<input type="checkbox"/> 住まいについて <input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払いについて <input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル <input type="checkbox"/> 子育てのこと <input type="checkbox"/> DV・虐待	<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			

別紙の「個人情報保護に関する管理・取扱規程」に基づいて、相談支援の検討、実施等にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意の上、自立相談支援機関の利用を申し込みます。

年 月 日 本人署名

自立相談支援機関記入欄	<input type="checkbox"/> 支援決定・継続 ⇒ 社会福祉協議会への連絡 <input type="checkbox"/> 福祉事務所への連絡 <input type="checkbox"/> その他 今後の対応方針、モニタリング予定
-------------	--