

緊急生活支援意見書

年 月 日

社会福祉
法人 神栖市社会福祉協議会
事務局 長 様

記入者 神栖市 課
課長名 課
印

下記の通り、一時的に生活困窮状態にある低所得世帯と認められますので、神栖市社会福祉協議会に緊急生活支援の対応を要請します。

相談者	氏名：			電話番号：	
	住所：			生年月日：	
世帯構成	氏名	年齢	続柄	月収	ジェノグラム
				円	
				円	
				円	
				円	
			円		
担当相談員					
担当民生委員		住所			電話番号
相談者状況					
要請内容	<input type="checkbox"/> 食材支援（月 日～月 日までの 日分） ※アレルギー等があれば記入（ ） <input type="checkbox"/> ライフラインの復旧支援（ <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道） 月分 円 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
返済の見通し					