

利 用 申 込 書

特定非営利活動法人 やどかりサポート鹿児島 御中

申込日 平成 年 月 日

私は、貴法人の提供する連帯保証人事業又は連帯保証人提供事業の利用を申し込みます。

署 名

印

利 用 者

ふりがな		性 別	男・女	年 齢		歳
氏 名		生年月日	T / S / H			年 月 日
現 住 所	〒 -					
※上記の現住所は次のうちどれですか <input type="checkbox"/> 病院(名称:) <input type="checkbox"/> 施設(名称:) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 野宿生活 <input type="checkbox"/> その他()						
TEL		TEL				
FAX		E-mail				

入居予定の物件

(連帯保証の対象となる物件)

入居予定日:平成

年

月

日入居予定

住 所	〒 -					
物 件 名		号室	火災保険	指定あり・当法人紹介		
家 賃	円	敷 金	円	管 理 費	円	
礼 金	円	仲介不動産業者名				
入 居 予 定 者	※いずれかを選択 1. 申込者本人のみ 2. 申込人および家族等 3. その他()					

現在の生活状況

収入月額	円	<input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 生活保護()福祉事務所 担当() <input type="checkbox"/> 年金(種類:)/月額()円 <input type="checkbox"/> その他()				
勤務先名		勤 務 先 所	住			
職 種		勤 務 先	TEL			
支出月額	円	借金等				

利用者記載用②

利用の要件等

障がいをお持ちの方 ホームレスの方 DV被害者の方 その他()

交通手段

- 支援者等機関までの交通手段
 徒歩(分) 公共交通機関(分) 自転車(分) 自動車(分)
 その他(交通手段_____ を使って_____分)

健康状態等

良好 通院・入院している(病名:)病院名:()

所持している手帳等:()

現在利用中の福祉サービス:()

利用までの経緯

●連帯保証人依頼の相談について

親・きょうだい・親族に相談したが断られた 知人等に相談したが断られた 誰にも相談していない

●連帯保証人依頼を断られた(相談していない)主な理由

経済的な問題 心理的な問題 長期間交流がない(連絡がとれない) 身寄りはない
 その他()