

○野洲市生活困窮者等支援事業実施規則

平成27年4月1日
規則第31号

(趣旨)

第1条 この規則は、市が、野洲市くらし支えあい条例(平成28年野洲市条例第20号。以下「条例」という。)第2条第2項第4号に規定する生活困窮者等が抱える生活上の諸課題の解決及び生活困窮者等の生活再建に資することを目的として実施する生活困窮者等支援事業(以下「支援事業」という。)に関し、生活困窮者自立支援法(平成25年法律第105号。以下「法」という。)、生活困窮者自立支援法施行規則(平成27年厚生労働省令第16号)及び条例に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(平30規則70・全改)

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 生活困窮者等自立相談支援事業 生活困窮者等、生活困窮者等の家族その他の関係者に対し、法第3条第2項の生活困窮者自立相談支援事業を行う事業をいう。
- (2) 生活困窮者等家計改善支援事業 生活困窮者等に対し、法第3条第5項の生活困窮者家計改善支援事業を行う事業をいう。
- (3) 子どもの学習・生活支援事業 法第3条第7項の子どもの学習・生活支援事業をいう。
- (4) 生活困窮者住居確保給付金支給事業 法第6条第1項の規定に基づく生活困窮者住居確保給付金を支給する事業をいう。
- (5) 地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業 社会福祉法(昭和26年法律第45号)第106条の3第1項に規定する事業をいう。

(平30規則70・全改)

(事業内容)

第3条 市は、支援事業として、次に掲げる事業を行う。

- (1) 生活困窮者等自立相談支援事業
 - (2) 生活困窮者等家計改善支援事業
 - (3) 子どもの学習・生活支援事業
 - (4) 生活困窮者住居確保給付金支給事業
 - (5) 地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業
 - (6) 前各号に掲げるもののほか、生活困窮者等が抱える生活上の諸課題の解決及び生活困窮者等の生活再建を図るために必要な事業
- 2 市長は、前項に掲げる支援事業の全部又は一部について、適切な支援事業の運営ができると認められる事業者に委託することができる。

(平28規則56・平30規則70・一部改正)

(利用の申込み)

第4条 支援事業を利用しようとする者は、野洲市生活困窮者等支援事業利用申込書(別記様式)を市長に提出しなければならない。ただし、子どもの学習・生活支援事業及び地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業は除く。

- 2 生活困窮者住居確保給付金支給事業を利用しようとする者は、別に定める申請書等を前項の申込書に添えて市長に提出しなければならない。
- 3 子どもの学習・生活支援事業を利用しようとする者は、別に定める申請書等を市長に提出しなければならない。

(平30規則70・全改、令3規則24・一部改正)

(関係機関との連携)

第5条 市長は、生活困窮者等に対する包括的な支援体制を構築するために、弁護士、司法書士、公共職業安定所、医療機関その他の関係機関との連携を図るものとする。

(平30規則70・旧第6条繰上・一部改正)

(留意事項)

第6条 第3条に規定する支援事業の実施にあつては、「生活困窮者自立相談支援事業等の実施について」(平成27年2月4日付職発0204第1号厚生労働省職業安定局長、社援発0204第1号厚生労働省社会・援護局長通知)、「生活困窮者自立支援制度に係る自治体事務マニュアルの策定について」(平成27年

3月27日付社援発0327第2号厚生労働省社会・援護局長通知)、「生活困窮者自立支援制度に関する手引きの策定について」(平成27年3月6日付社援地発0306第1号厚生労働省社会・援護局地域福祉課長通知)その他関連通知を参照するものとする。

(平30規則70・追加)

(その他)

第7条 この規則に定めるもののほか、支援事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この規則は、公布の日から施行する。

付 則(平成28年規則第56号)

この規則は、平成28年10月1日から施行する。

付 則(平成30年規則第70号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の野洲市生活困窮者等支援事業実施規則第2条第3号、第3条第1項第3号及び第4条第3項の規定は、平成31年度以降の子どもの学習・生活支援事業の実施について適用し、平成30年度までの同事業の実施については、なお従前の例による。

付 則(令和3年規則第24号)

この規則は、令和3年6月1日から施行する。

別記様式(第4条関係)

(平30規則70・全改、令3規則24・一部改正)

別記様式（第4条関係）

（表）

野洲市生活困窮者等支援事業利用申込書

（ 宛 先 ） 野 洲 市 長		申 込 日	年 月 日	
私は、野洲市生活困窮者等支援事業実施規則第4条の規定により生活困窮者等支援事業の利用を申し込みます。				
■基本情報（書ける範囲でご記入ください。）				
ふりがな			性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> （ ）
氏 名			生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所	〒 -			
電話番号	自 宅	（ ） -	携 帯	（ ） -
家 族	同 居 者	<input type="checkbox"/> 有（自分を含んで____人） <input type="checkbox"/> 無	別 居 の 家 族	<input type="checkbox"/> 有（____） <input type="checkbox"/> 無
	婚 姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他（____）	子 ども	<input type="checkbox"/> 有（____人→扶養の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 無
健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くないため通院している <input type="checkbox"/> 良くないが通院していない （通院先：____）（服薬・既往歴等：____）			
食 事	<input type="checkbox"/> 食べている <input type="checkbox"/> 食べていない（理由：____）			
障 害 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 身体） ・手帳の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体） <input type="checkbox"/> 無			
就 労	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している（就労先：____）			
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"/> 会社の寮・借り上げ住宅 <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> その他（____） ※ローン・家賃____万円/月			
収入状況	世帯収入（____円）	貯 金	貯 金（____円）	
	本人収入（____円）	所 持 金	所持金（____円）	
借 金	<input type="checkbox"/> カード（____万円） <input type="checkbox"/> 消費者金融（____万円） <input type="checkbox"/> 銀行（____万円） <input type="checkbox"/> 知人（____万円）			
滞納状況	<input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 住民税（市・県民税） <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他（____） ※滞納額（____万円）			
年 金	<input type="checkbox"/> 受給中（____年金 ____円/2箇月 ____年金 ____円/2箇月） <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 不明			
	<input type="checkbox"/> 加入中（ <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 全額納付 <input type="checkbox"/> 減免（全額・3/4・半額・1/4） <input type="checkbox"/> 納付猶予等（____））			
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険（普通・短期・資格） <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 不明			
	※国民健康保険の場合（ <input type="checkbox"/> 全額納付 <input type="checkbox"/> 分納 <input type="checkbox"/> 滞納 <input type="checkbox"/> 軽減（2割・5割・7割） <input type="checkbox"/> 減免（____））			
来 談 者 ※ご本人以外の場合	氏 名			ご本人との関係 <input type="checkbox"/> 家族（本人との続柄：____）
	電話番号	（ ） -		<input type="checkbox"/> その他（____）

■同意欄

野洲市長 様

私は、野洲市が実施する生活困窮者等支援事業に関し、生活上の諸課題の解決及び生活再建を図る目的のために限り、野洲市市民生活総合支援推進委員会要綱別表の委員において、私の個人情報を収集し、保有し、利用し、及び提供すること並びに外部（弁護士、司法書士、社会福祉協議会、公共職業安定所その他目的を達成するため必要となる者及び機関）に提供することに同意します。

年 月 日 氏名

①（署名又は記名押印）

(裏)

■ご相談の内容（お困りのこと）

ご相談されたい内容に○をつけてください。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をつけてください。			
病気や健康、障害について		住まいについて	
収入、生活費について		税金や公共料金等の支払いについて	
家賃やローンの支払いについて		仕事上の不安やトラブルについて	
借金、債務について		地域との関係について	
仕事探し、就職について		子育てについて	
家族との関係について		DV、虐待について	
介護について		食べるものがない	
ひきこもり、不登校について			
その他（	）		
ご相談されたいことや希望されることを具体的に書いてください。			

■支援メニュー

	申込メニュー	利用希望	備考
1	自立相談支援事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2	家計改善支援事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3	子どもの学習・生活支援事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4	住居確保給付金支給事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5	その他の事業		
	食料支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※ 該当する□には、レ印を記入してください。

※スタッフ記入欄

※当初相談経路	<input type="checkbox"/> 本人自ら連絡（来所） <input type="checkbox"/> 本人自ら連絡（電話・メール） <input type="checkbox"/> 家族・知人から連絡（来所） <input type="checkbox"/> 家族・知人から連絡（電話・メール） <input type="checkbox"/> 自立相談支援機関がアウトリーチして勧めた <input type="checkbox"/> 関係機関・関係者からの紹介（関係機関・関係者名 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
※チェック項目	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 障害（手帳有） <input type="checkbox"/> 障害（疑い） <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など） <input type="checkbox"/> 住まい不安定 <input type="checkbox"/> ホームレス <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 多重債務・過重債務 <input type="checkbox"/> 家計管理の課題 <input type="checkbox"/> 就職活動困難 <input type="checkbox"/> 就職定着困難 <input type="checkbox"/> 生活習慣の乱れ <input type="checkbox"/> 社会的孤立（ニート・ひきこもり等を含む。） <input type="checkbox"/> 家族関係・家族の問題 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 非行 <input type="checkbox"/> 中卒・高校中退 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> DV・虐待 <input type="checkbox"/> 外国籍 <input type="checkbox"/> 刑余者 <input type="checkbox"/> コミュニケーションが苦手 <input type="checkbox"/> 本人の能力の課題（識字・言語・理解等） <input type="checkbox"/> 被災 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
※対応結果・方針	<input type="checkbox"/> 1 情報提供や相談対応のみで終了。 <input type="checkbox"/> 2 他の制度や専門機関で対応が可能であり、つなく。 （必要に応じて、事前連絡や同行支援を実施し、結果をフォローアップする。） （→つなぎ先の制度・専門機関： _____） <input type="checkbox"/> 3 現時点では本人同意はとれていないが、引き続き同意に向けて取り組む。 <input type="checkbox"/> 4 自立相談支援機関が継続支援し、プランを策定する。 <input type="checkbox"/> 5 スクリーニング判断前に中断又は終了（連絡が取れない。転居等。）。
※ID	※初回相談受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	※受付者 _____