

申込番号	利用施設 (休養・保護)	面接担当者	面接実施年月日 年 月 日
氏 名 (ふりがな)		生 年 月 日	
		日 年 月 歳	
		電 話 番 号 () -	
本 籍 地		緊 急 連 絡 先	
都道府県	区市郡	氏 名 続柄 ()	
筆頭者		住 所 電話 () -	
来所の経緯	Q1-1 相談に至った経緯は？	<input type="checkbox"/> 本市支援事業による紹介 *該当するものを○で囲む。 (訪問相談・衛生改善(入浴券等の支給)・補食の窓口) <input type="checkbox"/> 自らの判断 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	-2 緊急一時宿泊事業の情報をどこで得たか。	<input type="checkbox"/> 他の施設や自治体からの教示 <input type="checkbox"/> 他者からの口コミ <input type="checkbox"/> ホームレス支援団体からの教示 <input type="checkbox"/> インターネット *該当するものを○で囲む。 (京都市ホームページ・掲示板) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	-3 これまでに本市の緊急一時宿泊事業(中央保護所を含む)を利用したことがあるか？	なし・あり (回目)	
これまでの生活状況	Q2-1 およそ1か月前まで生活していた場所はどこか？ (直近1か月ではないことに注意)	京都市内・京都府下 () その他 (都・道・府・県)	
	(Q2-1で「京都市内」以外に該当する場合) -2 京都に来た理由は？	<自由記載>	
	(Q2-1で「京都市内」以外に該当する場合) -3 京都までの切符を渡されたか？	なし・あり *ありの場合、詳細を記載(例:〇〇市役所、〇〇市WO 等)	
	-4 路上生活の期間はどの程度か？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 3か月以内 <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 6か月から1年間以内 <input type="checkbox"/> 1年間以上	
	(Q2-4で「なし」に該当する場合) -5 直前の生活拠点は？	<input type="checkbox"/> カプセルホテル <input type="checkbox"/> ネットカフェ等 <input type="checkbox"/> 親族・知人宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	(Q2-4で「なし」以外に該当する場合) -6 直前の具体的な生活拠点は？	<input type="checkbox"/> 公園 <input type="checkbox"/> 河川(橋の下、河川敷等) <input type="checkbox"/> 道路 <input type="checkbox"/> 駅舎 (具体的な場所)	
	-7 どのような理由で困窮状態に至ったか？	<自由記載> (例:〇〇にて就労していたが、傷病を理由に失業したことから、家賃を滞納し、住居を失ったため。)	
	-8 直前に寝泊りしていた場所(Q2-5又は6の各生活拠点)を離れた理由は？	<input type="checkbox"/> 管理者・運営者から立退きを命じられた <input type="checkbox"/> 手持ち金が尽き、宿泊場所や食料が確保できなくなった <input type="checkbox"/> 親族・知人等から出ていくよう言われた <input type="checkbox"/> その他 ()	
資産状況	Q3-1 所持金は？	()円	
	-2 他、直ちに活用可能な資産はないか(預貯金等)？	なし・あり (内容)	
	-3 借金は？	なし・あり ()円	

	-4 年金等を受給しているか？	() を一月当たり () 円
他法他施策	Q4-1 第2のセーフティネットの手続きをしているか？	なし・あり(生活福祉資金・住居確保給付金)
	-2 他、直ちに利用可能な施設はないか？	ない・ある(施設)
生活保護歴	Q5-1 生活保護を受給したことはあるか？	なし・あり(直近 年 月から 年 月まで) *ありの場合、市内の場合は福祉事務所名を、市外の場合は自治体名を記載
	-2 (受給していた場合)廃止となった理由は？	
健康状態等	Q6-1 健康状態はどうか？	良好・不良[熱・咳・鼻水・のど・めまい・胃腸・他()]
	-2 3か月以内に健康診断を受診したことがあるか？	なし・あり(年 月頃に受診) *ありの場合、詳細を記載 (例:〇〇HPで自費により受診、〇〇HPで生活保護(〇〇WO)により受診)
	-3 伝染性の疾患にかかっているか？	なし・あり[結核・インフルエンザ・その他の感染症()]
	-4 継続して治療している傷病はあるか？	なし・あり[(病名)](通院先)]
	-5 直ちに入院する必要はないか？	なし・あり
	-6 障害者手帳は所持しているか？	なし・あり(身体・精神・療育)(等級)
	-7 施設で支障なく生活できるか？	できる・できない[歩行・階段昇降・食事・入浴・用便・他()]
	-8 食事に何らかの制限はあるか？	なし・あり *ありの場合、該当するものにチェック <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> その他()
学歴	Q7 学歴は？	小卒・中卒・高卒・大卒・その他()
職歴	Q8-1 仕事はしているか？	不労・不定期就労[月・週()回]・常勤就労 賃金()円
	-2 直近で就いていた職業は？	建築又は土木・製造・管理又は警備・飲食又は調理・運送 清掃関係・その他()

※緊急対応の必要性

面接の結果、下記に掲げる項目に該当するため、緊急対応による利用が必要である。

項目	チェック欄	
身元不明者やDV被害者等、直ちに他の利用可能施設を見つけることが困難な者		
直ちに活用可能な資産や手持ち金等がない者	家賃滞納や失職等によって住居を失った者	
	食料や他の宿泊先を確保することが困難な者	
	親族や知人宅等を頼ることが困難な者	
体調不良を訴え、入院することが望ましいが、直ちに入院先を確保することが困難な者		
本市の訪問相談事業等のアプローチによって本事業の活用に繋がった者		

第2号様式

いちじせいかつしえんじぎょうりようもうしこみしょ
一時生活支援事業利用申込書

きょうとしちょう さま
京都市長 様

年 月 日

氏名	男・女・その他
生年月日	年 月 日 歳
住所又は 本籍地	
寝起きしてい る場所	
手持金	円
緊急連絡先	
希望施設	
申込理由及び 個人情報の 提供に関する 同意	住居等がなく、生活に困っているため、一時生活支援事業を利用したい。 なお、この申込み際には、アセスメントを受けることに同意します。 また、アセスメントを行うために必要な私の個人情報を、京都市(担当の 保健福祉センター等)、関係機関が利用することに同意します。

申込 番号	利 用 期 間
	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

利 用 承 諾 書

年 月 日

(宛先)

京都市 保健福祉センター長

施設長

_____の利用の申込みがあった下記の者につきまして、
利用を承諾します。

記

フリガナ 氏 名	
生年月日 年 齢	年 月 日 (歳)
利用申込日	年 月 日 ()
利用期間 (予定)	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

利 用 不 承 諾 書

年 月 日

(宛先)

京都市 保健福祉センター長

_____施設長

_____の利用の申込みがあった下記の者につきまして、利用を承諾しないこととしたので通知します。

記

フリガナ 氏 名	
生年月日・年齢	年 月 日 (歳)
<p><理由></p> <p><input type="checkbox"/> 利用の要件に該当しないため</p> <p><input type="checkbox"/> 他事業^(※)を利用することになったため</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関へ入院することになったため</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の理由により</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

(※) 京都市ホームレス一時生活支援事業実施要綱第2条各号に定める事業

第4-1号様式

利 用 承 認 決 定 通 知 書

年 月 日

様

京 都 市 長
(担当： 保健福祉センター)

あなたから申込みがあった_____の利用について
下記のとおり承認することとしたので通知します。

記

利用期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
------	-----------------------

利 用 不 承 認 決 定 通 知 書

年 月 日

様

京 都 市 長
(担当: 保健福祉センター)

あなたから申込みがあった_____の利用について、
下記の理由により、承認しないこととしたので通知します。

記

<理由>

- 利用の要件に該当しないため
- 他事業^(※)を利用することになったため
- 医療機関へ入院することになったため
- 以下の理由により

.....

.....

.....

.....

(※) 京都市ホームレス一時生活支援事業実施要綱第2条各号に定める事業

第5号様式

利 用 延 長 届

年 月 日

(宛先)

_____ (事業受託者)

京都市 保健福祉センター長

_____について、 年 月 日から 年 月 日まで _____
の利用を決定しておりますが、下記のとおり、利用期間の延長を申込みます。

記

(理由)

.....
.....
.....

(延長申込期間)

_____日間 (年 月 日まで)

転 所（第2条各号事業間）申 込 書

年 月 日

(宛先)

京 都 市 長


申込者

氏 名

私は、_____での支援を受けたいので、転所を申し込みます。

なお、この申込みに際しては、アセスメントを受けることに同意します。

また、アセスメントを行うために必要な私の個人情報を、京都市（担当の保健福祉センター等）、関係機関が利用することに同意します。

現在の利用事業		希望する利用事業
		

(※) 「現在の利用事業」及び「希望する利用事業」については、第2条各号に掲げる事業名を記載するものとする。

※ アセスメントの結果によっては、転所が認められない場合があります。

第7号様式

利 用 終 了 決 定 通 知 書

年 月 日

様

京 都 市 長
(担当： 保健福祉センター)

あなたは、 年 月 日から _____ を利用
していますが、下記の理由により、利用終了を決定したので通知します。

記

.....
.....

利用終了日時	年 月 日 午前・午後 時
--------	---------------

第8号様式

利 用 終 了 決 定 連 絡 票

年 月 日

(事業受託者)

京都市 保健福祉センター長

年 月 日から _____ を利用している
_____、下記の理由により、利用終了を決定したので連絡します。

記

.....
.....

利用終了日時	年 月 日 午前・午後 時
--------	---------------