様式２

同意書

　私は、社会福祉法人　　　　　が実施する生活困窮者等に対する安心サポート事業における経済的援助事業を利用するにあたり、次のことについて同意します。

記

　一．給付限度額（３０，０００円）並びに給付期間（３１日

　　間）の定めがあること

　一．本事業を他の社会福祉法人で利用していないこと

　一．あなたを支援するにあたり、関係機関（者）と情報共有すること

　一．必要に応じて、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機

　　関の支援を受けること

社会福祉法人

理事長　　　　　　　　　様

平成　　年　　月　　日

氏　名