

熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業 (家計改善支援事業) 業務運営要領

1 趣旨

この要領は、熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業（家計改善支援事業）実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づき実施する事業の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

2 支援対象者の選定

（1）生活困窮者の選定

自立相談支援機関は、実施要綱に定める要件を満たす者のうち、本事業による支援が適当であると判断した者について、その対応の可否を事前に事業受託者に協議するものとする。

（2）特定被保護者の選定

生活保護受給者のうち、家計改善支援の利用が適当と認められる特定被保護者については、「生活困窮者向け家計改善支援事業を利用する「特定被保護者」の選定基準チェックリスト（別記様式第1号）」に基づき福祉事務所が選定を行い支援対象者とすることができるものとし、その手順は以下のとおりとする。

ア 支援対象者を選定するにあたり、福祉事務所から事業受託者へ支援の可否につき事前に打診を行い、支援可能となった時点で、特定被保護者から「熊本県生活困窮者家計改善支援事業利用申込書（別記様式第2号）」を提出してもらう。

イ 福祉事務所が支援決定を行った場合には、福祉事務所から特定被保護者に対しては「支援決定通知書（別記様式第3号の1）」により、また、事業受託者に対しては「支援決定通知書（別記様式第3号の2）」によりそれぞれ通知するものとする。

ウ 福祉事務所は「生活困窮者向け家計改善支援事業の利用に係る連携シート（別記様式第4号）」を作成の上事業受託者へ送付し、支援対象者に係る必要な情報等を共有する。

（3）共通事項

事業受託者は、支援対象者数の目安及び今後の業務見通し等を勘案して、対応の可否を判断するものとする。

3 支援の実施

事業受託者は、家計支援のためのカウンセリングや訓練等の場の確保・提供を行った場合など、家計改善支援プログラムの進行管理上、必要と認められる支援経過について適宜記録し、「家計改善支援事業に係る経過記録（別記様式第5号）」を作成すること。

なお、特定被保護者の支援にあたっては、福祉事務所は継続的に関与し、事業受託者と適宜進捗状況を共有すること。特に支援開始時の初回面談は福祉事務所ケースワーカーも同席すること。

4 支援の中止及び終了

(1) 自立相談支援機関は、次に掲げる場合は、事業受託者と協議の上、支援の中止の決定を福祉事務所長に求めることができる。なお、支援の中止を決定した場合、支援対象者に対しては、「家計改善支援事業に係る中止決定通知書（支援対象者向け）（別記様式第6号の1）」により、また、事業受託者に対しては、「家計改善支援事業に係る中止決定通知書（事業受託者向け）（別記様式第6号の2）」によりそれぞれ通知するものとする。

ア 支援対象者が中止を申し出た場合

イ その他事業受託者が支援の継続が困難と判断した場合

(2) 事業受託者は、支援期間の満了等により、支援を終了した場合、自立相談支援機関及び福祉事務所に対して、「家計改善支援事業に係る終了報告書（別記様式第7号）」や「実施状況及び経理状況報告書（別記様式第8号）」等により報告すること。

5 業務報告

事業受託者による業務報告については、次の表によるものとする。

報告様式	報告期限		報告先
着手（変更）届 (別記様式第9号)		<ul style="list-style-type: none">・着手届は契約締結後速やかに・変更届はその都度	熊本県知事
実施状況及び経理状況報告書 (別記様式第8号)	毎月末日までの分	<ul style="list-style-type: none">・当該末日の属する月の翌月の10日まで・ただし3月分については3月31日まで	
実施状況報告書 (別記様式第8号のうち1及び4)	毎月末日までの分	<ul style="list-style-type: none">・当該末日の属する月の翌月の10日まで・ただし3月分については3月31日まで	支援対象者の所在地の県福祉事務所長、実施主体である各市長及びその自立相談支援機関

6 その他

事業運営について、本要領に定めのない事項については、熊本県と受託者双方による協議の上、定めるものとする。

附 則

この要領は、平成27年2月24日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年2月12日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

生活困窮者向け家計改善支援事業を利用する「特定被保護者」の選定基準チェックリスト

被保護者名 _____

生活困窮者向け家計改善支援事業の支援対象となる「特定被保護者」の適否の目安

「Aに1つ以上該当」かつ「Bにすべて該当」。

※チェック項目で目安を満たさない場合は、状況を備考欄に記載し県生活保護・生活困窮者自立支援制度担当班に相談してください。

生活の自立に向けた具体的な指標（1つ以上該当する必要あり）		
A	<input type="checkbox"/>	1 就労収入があり、生活保護からの自立を見据えた増収を目標にしている者。
	<input type="checkbox"/>	2 子どもの進学等に向けて入学金及び学費等の貯金を目標にしている者。
	<input type="checkbox"/>	3 世帯員が進学や就労などにより、被保護世帯を転出する予定で、転出後の生活費の貯金を目標にしている者。
	<input type="checkbox"/>	4 生活困窮者自立支援制度において、家計改善支援事業による支援が決定していた者で、生活保護制度へ移行した後も、引き続き家計管理等の支援を必要とする者。

その他、本人自身に関すること等（すべて該当する必要あり）		
B	<input type="checkbox"/>	1 第三者による金銭管理が必要な状態（※）ではなく、自らの家計管理能力を高めることにより状況改善が見込まれる者。（生活保護費等による生活費のやり繩りが困難で、料金の滞納など家計管理に相当な問題を抱えており、ケースワークによる指導を受けているにも関わらず、改善が見られない状況が継続している者を含む。） （※）原因として認知症や知的障害、精神障害がある場合、もしくは成年後見制度や日常生活自立支援事業等の金銭管理に係る制度を利用している場合等。
	<input type="checkbox"/>	2 将来的に生活保護に依存しない生活の実現を目指している、又は生活再建を強く希望している。（就労意欲が限定的で、支援による生活改善の見込みが乏しい者や、現時点で自立に向けた課題が著しく大きく、支援の効果が期待しにくい者は対象外とする。）
	<input type="checkbox"/>	3 本人が家計改善支援について理解し、支援を希望している。（家計改善支援事業の趣旨・目的に合致しない場合は対象外。）

備考	

上記の基準を満たした場合、以下の2点を満たすことを必要とする。	
<input type="checkbox"/>	担当職員が家計改善支援事業の趣旨・目的・事業内容等について理解し、家計改善支援事業について不明な点があれば、自立相談支援機関の家計改善支援員に確認した上でチェックしたか。
<input type="checkbox"/>	福祉事務所内の意思決定前に、自立相談支援機関の家計改善支援員へ電話等で本ケースの打診を行い（支援決定していない段階なので個人情報が特定されないよう配慮してケース概要を伝えること）、家計改善支援事業の支援対象者に合致するか確認したか。

(別記様式第2号)

熊本県生活困窮者家計改善支援事業
利用申込書

熊本県〇〇福祉事務所長 様

(家計改善支援事業支援事業受託者) 長 様

私は、以下の点について同意の上、生活困窮者家計改善支援事業の利用を申し込みます。

- 1 生活困窮者向け家計改善支援事業の利用に係る連携シートの各項目に係る私の個人情報を〇〇福祉事務所から(家計改善支援事業受託者)へ提供すること。
- 2 支援決定後に家計改善支援事業の実施に必要な範囲内で私の個人情報を〇〇福祉事務所又と(家計改善支援事業受託者)の間で相互に提供すること。

年 月 日

(自署)

氏名 _____

(別記様式第3号の1)

第 号
年 月 日

〒900-0000
熊本県〇〇市町村〇〇番地〇〇
(被保護者名) 様

〇〇福祉事務所長
(公印省略)

支援決定通知書

生活保護法第〇条及び生活困窮者自立支援法第〇条の規定により、貴殿は、特定被保護者として熊本県生活困窮者家計改善支援事業を利用することが適当であると認められますので通知します。

なお、本支援決定については生活困窮者家計改善支援事業を実施する(家計改善支援事業受託者)へも通知しておりますことを申し添えます。

熊本県〇〇福祉事務所
〇〇班 〇〇
TEL () -

(別記様式第3号の2)

第 号
年 月 日

(家計改善支援事業受託者) 長 様

○○福祉事務所長
(公印省略)

支援決定通知書

生活保護法第〇条及び生活困窮者自立支援法第〇条の規定により、下記の被保護者は、特定被保護者として熊本県生活困窮者家計改善支援事業を利用する事が適当であると認められますので通知します。貴センターの家計改善支援員におかれましては、本福祉事務所の現業支援員(ケースワーカー)と十分に連携したうえで支援にあたっていただきますようお願ひいたします。

なお、本支援決定については被保護者本人へも通知していることを申し添えます。

記

1 被保護者名 ○○ ○○

2 現住(居)地

3 添付資料

・別記様式第4号

「生活困窮者向け家計改善支援事業の利用に係る連携シート」

・別記様式第1号

「生活困窮者向け家計改善支援事業を利用する「特定被保護者」の選定基準チェックリスト」の写し

・別記様式第2号

「熊本県生活困窮者家計改善支援事業利用申込書」の写し

熊本県○○福祉事務所
○○班 ○○
TEL () -

生活困窮者向け家計改善支援事業の利用に係る連携シート

福祉事務所・ケースワーカー名()

福祉事務所電話番号()

■本人の状況や家計改善支援事業を希望する理由**(1) 生活保護の開始理由等について**

保護 の 状況	開始日		世帯類型	労働類型
	開始原因			
	現在の継続理由			

(2) 本人・家族等について

氏名				生年月日		
現住所				電話番号		
同居者	<input type="checkbox"/> 有 (自分を含め 人) <input type="checkbox"/> 無	住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸アパート・マンション <input type="checkbox"/> 会社寮・借上げ住宅 <input type="checkbox"/> その他()		家賃	万円／月
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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(人→扶養 人)		
家族	続柄	年齢	同居／別居	職業・学校等	備考(病気・障害・要介護状態等)	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
特記事項・ 近隣や地域との関 係						

(3) 本人の健康状態

通院状況	<input type="checkbox"/> 通院している <input type="checkbox"/> 通院していない／健康状態良い <input type="checkbox"/> 通院していない／健康状態悪い	通院先／ 服薬・診断・病状等	
医療費支払状況	<input type="checkbox"/> 医療扶助単給 <input type="checkbox"/> 健康保険との併給 <input type="checkbox"/> 本人支払額の有無(円／月)	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 身体(級) <input type="checkbox"/> 知的(療育)() <input type="checkbox"/> 精神(級)
特記事項 既往症等			

(4) 本人の職業・職歴等

① 本人の現在の職業

職業	業務内容				雇用形態
県市	<input type="checkbox"/> 自動車・バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> モノレール・バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()	年 ヶ月	万円		万円

② 本人の過去の職歴 ※現在に近い順に上から記載

勤務期間			雇用形態	月収	職業・業務内容
1 西暦 年 月 ～西暦 年 月	年 ヶ月			万円	
2 西暦 年 月 ～西暦 年 月	年 ヶ月			万円	
3 西暦 年 月 ～西暦 年 月	年 ヶ月			万円	

③ 本人の就労・資格等

就労状況	<input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 就労しているが、転職先を探したい／探し ている <input type="checkbox"/> 今後、就労予定(就労先決定済み) <input type="checkbox"/> 仕事を探したい／探している(現在無職) <input type="checkbox"/> 仕事をしていない(仕事は探していない)	最終学歴等	<input type="checkbox"/> 中学(高校未入学) <input type="checkbox"/> 中学(高校中退) <input type="checkbox"/> 高校(大学中退を含む) <input type="checkbox"/> 特別支援学校(学級含む) <input type="checkbox"/> 専門学校・専修学校・各種学校 <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学・大学院 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 現在、就学中
直近の離職後年数	<input type="checkbox"/> 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 6ヶ月～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上～2年未満 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 仕事をしたことがない	資格・技術	<input type="checkbox"/> 自動車免許 <input type="checkbox"/> その他資格・技術 ()
特記事項			

④ 職業・職歴等に関するその他の特記事項

--

(5) 世帯の収入・債務等

① 1ヶ月あたりの生活保護費

生活扶助費(A)	住宅扶助費(B)	その他加算等(C)	収入充当額(D)
			合計 (A+B+C-D)

② 生計を一にする家族の収入等

続柄	職業等	就労収入		備考 (歩合制の月給、年金・奨学金・援助収入など)
		月額	賞与(年間)	
		万円	万円	万円
		万円	万円	万円
		万円	万円	万円
		万円	万円	万円
		万円	万円	万円
就労収入月額合計		万円	非就労収入月額合計	万円

※非就労収入:年金、児童手当、奨学金、援助収入 など

③ 世帯の資産等

有無 備考	不動産等資産		車の保有		預貯金		その他の資産	
	□有	□無	□有	□無	□有	□無	□有	□無

④ 借金の状況

債務	□債務あり→詳細下記 □債務なし	債務整理の状況	□債務整理手続き中
			□過去に債務整理したことがある。 →西暦 年 月 □本人 □家族()

名義	種類※	支払先	用途	借入時期(西暦)	現在の債務残高	備考
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		

債務残高合計	万円
--------	----

※種類:住宅ローン、車ローン、消費者金融、クレジット(キャッシング)、奨学金、知人等

⑤ 滞納の状況

滞納	□滞納あり→詳細下記 □滞納なし	費目※	支払先	滞納機関	滞納額	備考(滞納状況、分納等)
				合計	円	

※費目:家賃、電気、ガス、水道、電話、介護保険料、給食費等

(別記様式第5号)

家計改善支援事業に係る経過記録

【基本情報】

管轄機関名	年齢	歳	ケース番号	氏名	TEL	
性別			住所			

※ 全ての行動を書き上げるのではなく、節目や転換点となった事柄等を記載する。

(別記様式第6号の1)

家計改善支援事業に係る中止決定通知書
(支援対象者向け)

番 号
年 月 日

(住所)
(氏名) 様

(管轄) 福祉事務所長

「家計改善支援事業」による支援については、下記の理由により支援の中止を決定しましたので、通知します。

記

支援の中止理由

(問い合わせ先)
所属名：
氏名：
TEL：

(別記様式第6号の2)

家計改善支援事業に係る中止決定通知書
(事業受託者向け)

番 号
年 月 日

(団体名)

(代表者氏名) 様

(管轄) 自立相談支援機関

「家計改善支援事業」による支援については、下記の理由により支援の中止を決定しましたので、通知します。

記

住所 :

氏名 :

連絡先 :

支援の中止理由

(問い合わせ先)

所属名 :

氏名 :

TEL :

(別記様式第7号)

家計改善支援事業に係る終了報告書

年　月　日

(管轄) 自立相談支援機関 様

(団体名)

(代表者氏名)

「家計改善支援事業」による支援について、下記のとおり支援を終了いたしましたので御報告します。

記

○ 支援対象者について

住所 :

氏名 :

○ 支援終了日について

年　月　日

○ 支援の終了理由及び主な成果について

終了理由

主な成果

当初の目標	到達度	今後の留意点

※行は適宜追加等を行う（別紙に代えてもよい）

(担当者)

氏名 :

TEL :

実施状況及び経理状況報告書

熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業(家計改善支援事業)

年 月 日

様

受託者:

団体名:

代表者氏名:

1 実施状況

No	管轄	支援開始日	氏名	年齢	性別	課題分析	支援内容	到達目標	支援終了日	相談に至った経緯	具体的なプラン	評価・結果・進捗
例	○○市 福祉事務所		○山○美	35	女	①問題の根源(注1) ○○のため出納管理が困難	①家計再生プランの作成 滞納していた○○の分納整理	①目標 長女の中学校入学までに滞納していた○○を解消し、入学に必要な貯蓄を行う。				
				世帯類型	家族構成(注3)					自立支援機関への引継(注2)		
						家計表やキャッシュフロー表作成後の経過	(○ヶ月経過時) (○ヶ月経過時)					
						①問題の根源(注1)	①家計再生プランの作成	①目標				
				世帯類型	家族構成(注3)					自立支援機関への引継(注2)		
						家計表やキャッシュフロー表作成後の経過	(○ヶ月経過時) (○ヶ月経過時)					
月計		人	うち当月新規者数	人					人			
累計		人							人			

その他の状況（上記に記載した対象者への支援以外の活動状況を記載）

（例）○月○日○○町支援調整会議の出席、●月●日●●研修会を開催、○月○日○○市「○○フォーラム」に出席、△月△日△△市職員の事業視察対応、▲月▲日▲▲新聞社取材対応等

注1: 例えば、「○○による浪費壁あり」等簡潔に整理する。

注2: 支援の結果確立した良好な状態を持続させるため、あるいは、より良好な状態に導くため管轄の福祉事務所等に引き継ぎたい「今後の支援の道筋・関わり方等」簡潔に記載する。

注3: 同一世帯の世帯員全員について、本人との続柄と年齢を記載する（例：母（40）・兄（18）・妹（5））。

※「No」は法人で管理する任意の番号、「管轄」は管轄の福祉事務所

※別紙に代えてもよい。

2 経理状況

委託契約額	円	前回までの累計額	○月分	今回累計額
(①〇〇団体の支出内訳)				
人件費				0円
旅費				0円
…				0円
支出合計	0円	0円		0円

※別紙に代えてもよい。

(担当者)
氏名:
TEL:

3 熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業(家計改善支援事業)に係る新規相談件数

福祉事務所別

4 熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業(家計改善支援事業)に係る新規相談件数

福祉事務所別【市町村ごと】

着手(変更)届
熊本県生活困窮者自立支援プラン推進事業(家計改善支援事業)

報告日： 年 月 日

熊本県知事

様

受託者：

代表者団体名：

代表者氏名：

1 着手(変更)日

年 月 日

2 実施場所

事業所所在地の住所：

連絡先：

なお、所在図(ゼンリン等の写しに位置を示したもの)及び事業所概要図(平面図等)については、別添のとおり。

※変更の場合、下欄に変更事項を記入。

変更時期	年 月 日から

3 配置人員（各人の履歴書については、別添のとおり。）

【家計改善支援員】

No.	配置始期	配置終期	氏名	年齢	性別	専任・兼務の別	資格等	勤務条件	担当エリア (管轄する福祉事務所)
・	・	・						○h/日・週○日	
・	・	・						○h/日・週○日	
・	・	・						○h/日・週○日	
・	・	・						○h/日・週○日	
・	・	・						○h/日・週○日	
・	・	・						○h/日・週○日	

※変更の場合、下欄に変更事項を記入。なお、職員の追加や事業間の入れ替え等は該当事業の最下欄に追加。

変更時期	年 月 日から