様式第 54 号

生活保護受給者が日常生活自立支援事業を利用する際の申し合わせ事項

生活保護制度と日常生活自立支援事業の円滑な連携を図るため、〇〇福祉事務所（以下「福祉事務所」という）と〇〇社会福祉協議会（以下「市町村社協という」）は、日常生活自立支援事業（以下、本事業）の契約に基づき行う生活保護受給者（以下「被保護者」という）への支援について、次のとおり連携・協力することを申し合わせます。

１　被保護者が本事業を利用するにあたっては、（福祉事務所）と（市町村社協）は、本事業による適切な支援内容および援助回数、生活保護費の使い方や生活全般について、十分な協議を行い、役割分担を明確にすることとする。

（例：生活保護費の使い方や生活全般における指導や援助はケースワーカーの役割　等）

２（福祉事務所）と（市町村社協）は、常に被保護者の状況を把握することに努め、定期的に被保護者宅へ訪問することとする。また、少なくとも３～６カ月に１回は（福祉事務所）と（市町村社協）との間で情報交換を行うこととする。

３　本事業による支援中、被保護者に特に支援困難な問題（浪費傾向や依存症、虐待の可能性がある場合、また本事業の解約に関する頻繁な訴えがある場合等）が生じた場合、市町村社協は福祉事務所に連絡し、連携・協力を図ることとし、必要に応じて被保護者への指導を行うこととする。

４　被保護者の死後、本事業で管理している保管物品を相続人へ返還する場合に備え、（福祉事務所）は（市町村社協）に対し、被保護者の親族に関する情報の提供に協力する。なお、〇〇市町村個人情報保護条例に抵触する場合は、個人情報提供同意書（様式第 55 号）により、市町村社協が被保護者から同意を得ることとする。

５　本事業の解約、被保護者死亡時の対応については、福祉事務所と協議しながら調整する。なお、被保護者の死亡により本事業契約は終了するため、葬儀の対応や葬儀費用の支払いは、本事業では対応できないものである。

以上の確認事項を証するため本書 2 通を作成し、署名捺印のうえ甲、乙、各 1 通を保管するものとする。

令和〇年〇月〇日

（福祉事務所）

住所

名称

所長　　印

（社会福祉協議会）

住所

名称

会長　　印