

相談申込・受付票

ID		初回相談 受付日	年 月 日	受付者	
----	--	-------------	-------	-----	--

■基本情報

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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話	自宅 () -	携帯	() -
E-mail			
来談者 *ご本人 以外の場合	氏名		<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄:) <input type="checkbox"/> その他()
	電話	() -	

■ご相談の内容(お困りのこと)

ご相談されたい内容に○をおつけください。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけください。			
	仕事	借金(住宅ローン・その他)	生活苦
	住宅	家庭	子育て
	両親の介護	病気や体調	ひきこもり
	その他()		
ご相談されたいことを具体的に書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。			

■生活困窮者自立相談支援事業の利用をご希望の方へ

この事業をどちらでお知りになりましたか？該当するものに○をおつけください。			
	市役所内()	市の広報誌	市のホームページ
	本事業のチラシ	社会福祉協議会	地域包括支援センター
	民生委員・児童委員	障がい者相談支援事業所	知人
	その他()		

■利用申込み欄

社会福祉法人 交野市社会福祉協議会 殿 別紙の「個人情報に関する管理・取扱規程」に基づいて、相談支援の検討・実施等にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意の上、自立相談支援機関の利用を申し込みます。 平成____年____月____日 本人署名_____ 印	
---	--