

相談受付・申込書

■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	年 月 日 (歳)	
住所	〒 -			
電話	自宅		携帯	
来所者(ご本人 以外の場合)	氏名		ご本人と	<input type="checkbox"/> 家族 (続柄)
	電話		の関係	<input type="checkbox"/> その他 ()

■相談内容

ご相談されたい内容に○をつけてください。
 複数ある場合は、全てに○をし、一番のお困りごとに◎をつけてください。

<input type="checkbox"/>	収入・生活費	<input type="checkbox"/>	家賃・ローンの支払い	<input type="checkbox"/>	税金や公共料金の支払い
<input type="checkbox"/>	債務	<input type="checkbox"/>	資金の貸付	<input type="checkbox"/>	家計全般
<input type="checkbox"/>	食べるものがない	<input type="checkbox"/>	住まい	<input type="checkbox"/>	仕事探し、職探し
<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	こころの問題	<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害のこと
<input type="checkbox"/>	介護に関すること	<input type="checkbox"/>	子育て	<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校
<input type="checkbox"/>	家族関係・人間関係	<input type="checkbox"/>	地域との関係	<input type="checkbox"/>	DV・虐待
<input type="checkbox"/>	その他 ()				

ご相談したいことや配慮を希望されることを具体的に記入してください。

■相談申込欄

上記の相談内容等について多機関協働事業 参加支援事業 アウトリーチ等を通じた継続的支援事業 の利用を申し込みます。

また、相談支援にあたり、必要となる関係機関(者)と情報(税情報を含む)を共有することに同意します。

_____年_____月_____日 本人署名_____

■相談受付機関記入欄

相談受付機関		(特記事項)
受付者		
連絡先		