

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		来談者の ご本人と の関係	<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄:)	
	電話	() -		<input type="checkbox"/> その他()	

■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