

相談受付・申込票

ID	記入不要	※ 初回相談 受付日	西暦 年 月 日	受付者	記入不要
----	------	---------------	----------	-----	------

■ 基本情報

ふりがな	ひがしおおさか たろう		性別	■ 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ()	
氏名	東大阪 太郎		生年月日	■ 西暦 (<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和) 1981 年 〇 月 〇 日 (〇〇 歳)	
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東大阪市〇〇町〇一〇 〇〇マンション〇号室				
電話	自宅	() -	携帯	(〇〇〇)-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
来談者 *ご本人 以外の場合	氏名		来談者の ご本人と の関係	■ 家族(本人との続柄: 本人)	
	電話	() -		<input type="checkbox"/> その他()	

■ ご相談内容

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。		
病気や健康、障害のこと	住まいについて	○ 収入・生活費のこと
◎ 家賃やローンの支払いのこと	税金や公共料金等の支払いについて	債務について
仕事探し、就職について	仕事上の不安やトラブル	地域との関係について
家族との関係について	子育てのこと	介護のこと
ひきこもり・不登校	DV・虐待	食べるものがない
その他()		
ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的に書いてください。		
「新型コロナウイルス感染症の影響で仕事がストップし、収入が減りました。家賃支払いが苦しい状況です。」等、相談内容を具体的にお願ひします。		

■ 相談申込み欄

<p>東大阪市自立相談支援機関 様</p> <p>上記の相談内容等について、自立・家計相談支援の利用を申し込みます。</p> <p>また、相談支援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します。</p> <p>なお、同意にあたっては、「個人情報に関する管理・取扱規程」について説明を受けました。</p> <p>西暦 2020 年 〇 月 〇 日 本人署名 東大阪 太郎</p>
--