

受付年月日： 年 月 日 受付番号：

相談受付・申込票（重層的支援体制整備事業）

■ 基本情報 ※太枠欄は必ずご記入ください。

		年 月 日	
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	西暦 年 月 日 () 歳
住所	〒 -		
電話	自宅	携帯	
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名	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 ()

■ 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、全てに○をし、一番のお困りことに◎をおつけください。

<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと	<input type="checkbox"/>	家賃・ローンの支払いについて	<input type="checkbox"/>	税金や公共料金等の支払いについて
<input type="checkbox"/>	債務について	<input type="checkbox"/>	資金の貸付について	<input type="checkbox"/>	家計全般に関すること
<input type="checkbox"/>	食べるものがない	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	仕事探し・就職について
<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	こころの問題に関すること	<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害に関すること
<input type="checkbox"/>	介護に関すること	<input type="checkbox"/>	子育てに関すること	<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"/>	地域との関係について	<input type="checkbox"/>	DV・虐待について
<input type="checkbox"/>	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記入してください。

■ 相談申込み欄

多機関協働事業者 様

上記の相談内容等について、多機関協働事業の利用を申し込みます。
また、相談支援にあたり、私の相談内容を必要となる関係機関（者）と情報共有し、保管・集約することに同意します。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱規定」について説明を受けました。

西暦 年 月 日 本人署名

■ 相談受付機関記入欄

相談受付機関		他の機関へ相談が必要と思われる内容・本人が望んでいること
受付者		
連絡先		