

相談受付・申込票

受付機関	<input type="checkbox"/> 多機関協働事業 <input type="checkbox"/> 参加支援事業 <input type="checkbox"/> アウトリーチ等事業 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受付番号 ※事務局で 記入		初回相談 受付日	令和 年 月 日	受付者
相談経路			その他の 場合に 自由記述	

■基本情報

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ()	
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -			
電話	自宅		携帯	- -
メール				
来談者 ※ご本人以外 の場合	ふりがな 氏名		来談者との 関係	<input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄:)
	電話			<input type="checkbox"/> その他 ()

■ご相談内容

ご相談されたい内容に○をおつけ下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけ下さい。

<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと
<input type="checkbox"/>	家賃やローンの支払いのこと	<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"/>	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"/>	地域との関係について
<input type="checkbox"/>	家族との関係について	<input type="checkbox"/>	子育てのこと	<input type="checkbox"/>	介護のこと
<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	食べるものがない
<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書いてください。

■相談申込み欄

鹿児島市長 殿

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)と情報共有することに同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 本人署名 _____

※本人の署名以外での同意確認の場合、①その理由、②確認方法、③本人の意向、④聴取等を行った担当者氏名などを記入