

相談受付・申込票

ID		※初回相談 受付日	令和 年 月 日	受付者	
----	--	--------------	----------	-----	--

■基本情報

ふりがな		※性別	□男性 □女性 □()		
氏名		※生年月日	□大正 □昭和 □平成 □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	氏名		来談者の ご本人と の関係	□家族(本人との続柄:)	
	電話	() -		□その他()	
利用歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> これまでに社協に相談したことがある <input type="checkbox"/> 他の窓口で相談したこと がある()				

■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。

<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"/>	成年後見制度	<input type="checkbox"/>	ことばの発達	<input type="checkbox"/>	ボランティア
<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

神栖市社会福祉協議会長 様

・上記の相談内容等について、福祉総合相談・自立相談支援 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。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱規程」について説明を受けました。

・私及び私の世帯の者は、暴力団員又は暴力団準構成員ではありません。私は、貴社会福祉協議会が必要に応じ官公署から私又は私の世帯員に係る暴力団該当性情報の提供を求めることに同意します。

令和____年____月____日 本人署名_____ 印

令和2年4月 改定