

～あなたの悩みを安心へ～

「つなぐ」シート



相談申込・受付票

ID		初回 相談受付日	平成 年 月 日	受付者	
----	--	-------------	----------	-----	--

基本情報 **太枠欄は必ずご記入ください。**

相談支援の検討・実施等にあたり、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。

署名欄

ふりがな		性別	男性 女性 ()
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話	自宅	携帯	
来談者 注) ご本人 以外の場合 に記入してく ださい。	氏名	ご本人と の関係	家族(本人との続柄:) その他()
	住所		
	電話 (自宅)	電話 (携帯)	

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。ご相談されたいことが複数の場合は、全て をし、一番お困りのことには をおつけください。

仕事探し、就職について	収入・生活費のこと	仕事上の不安やトラブル
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
資金の貸付について	住まいについて	病気や健康に関すること
こころの問題に関すること	食べるものがない	家計全般に関すること
介護に関すること	子育てに関すること	ひきこもり・不登校
家族関係・人間関係	地域との関係について	DV・虐待について
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。

--

(初回相談受付部署)

相談内容・概要	相談受付日 月 日 () 部署名	担当者
	初回部署は記入不要	
	相談済の部署	仕事 () 多重債務 () 健康・生活 ()
		介護 () 子育て () その他 ()
< 今回の対応 >		
当課の継続相談 有・無		



他の部署への相談が必要な場合のみ次頁へ

相談が必要と 思われる部署	仕事 () 介護 ()	多重債務 () 子育て ()	健康・生活 () その他 ()
------------------	------------------	---------------------	----------------------



紹介先	予約日時			同行 有・無
		課	係 担当者	館 階
	名称	担当者		
	住所	電話番号		

相談内容概要	相談受付日	月	日 ()	部署名	担当者
	相談済の部署	仕事 ()	多重債務 ()	生活 ()	
		介護 ()	子育て ()	その他 ()	
	<今回の対応> 当課の継続相談 有・無				

(くらしとしごとの相談センター回付日 年 月 日)



相談が必要と 思われる部署	仕事 () 介護 ()	多重債務 () 子育て ()	健康・生活 () その他 ()
------------------	------------------	---------------------	----------------------



紹介先	予約日時			同行 有・無
		課	係 担当者	館 階
	名称	担当者		
	住所	電話番号		

相談内容概要	相談受付日	月	日 ()	部署名	担当者
	相談済の部署	仕事 ()	多重債務 ()	生活 ()	
		介護 ()	子育て ()	その他 ()	
	<今回の対応> 当課の継続相談 有・無				

(くらしとしごとの相談センター回付日 年 月 日)