

～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	令和 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 □その他	
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	☐ 仕事（	☐ 多重債務（	☐ 健康・生活（
思われる部署	☐ 介護（	☐ 子育て（	☐ その他（



紹介先①	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						

（福祉まると相談課回付日 年 月 日）



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



紹介先②	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						

（福祉まると相談課回付日 年 月 日）

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



紹介 先 ③	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		

(福祉まると相談課回付日 年 月 日)



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



紹 介 先 ④	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 () ☐ 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		

(福祉まると相談課回付日 年 月 日)