

多機関協働事業相談受付・申込票

受付機関					
受付番号		相談 受付日	年 月 日	受付者	

■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	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。					
	病気や健康、障害のこと		住まいについて		収入・生活費のこと
	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
	仕事探し、就職について		仕事上の不安やトラブル		地域との関係について
	家族との関係について		子育てのこと		介護のこと
	ひきこもり・不登校		D V・虐待		食べるものがない
	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

様
<p>上記の相談内容等について、多機関協働事業により各相談機関から支援を受けることに同意をします。</p> <p>また、相談支援にあたり必要となる支援関係機関（者）と情報共有することに同意します。</p> <p>なお、同意にあたっては、「堺市多機関協働事業における個人情報管理・取扱事項」の説明を受けました。</p> <p>_____年 _____月 _____日 本人署名 _____</p>