

相談受付票

(兼情報共有同意書)

ID		受付日	西暦	年	月	日	受付者	
----	--	-----	----	---	---	---	-----	--

■基本情報（書ける範囲でご記入ください）

ふりがな			性別	☐ 男性 ☐ 女性 ☐ （ ）		
氏名			生年月日	☐ 西暦 年	☐ 大正 月	☐ 昭和 日（ 歳）
住所	〒 —					
電話	自宅	（ ） —		携帯	（ ） —	
E-mail						
来談者 *ご本人 以外の場合	氏名			来談者と ご本人との関係	☐ 家族（本人との続柄： ）	
	電話	（ ） —			☐ その他（ ）	

■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。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけください。			
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	DV・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。			

■情報共有同意欄

あきる野市長 殿 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。 西暦 年 月 日 本人署名 _____
--