

～あなたのお悩み受け止めます～

# つなぐシート



いこまる相談窓口

相談申込み・受付票

■基本情報 ※個人情報の共有に同意いただけましたら、□のチェックと太枠内のご記入をお願いいたします。

相談支援の検討・実施にあたり、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。

必要に応じて、生駒市における重層的支援会議にて情報共有することに同意します。

署名欄				
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他	
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	
			年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 630 - 生駒市			
電話	自宅	-	携帯	-
来談者 <small>注)ご本人以外の場合には記入してください</small>	ふりがな		ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄: )
	氏名			<input type="checkbox"/> その他
	住所			
	電話(自宅)	-	電話(携帯)	-

家族構成	氏名	年齢	続柄	備考

■ご相談内容(お困りのこと)

※ご相談されたい内容にチェックをお付けください。(複数回答可)					
<input type="checkbox"/>	①仕事探し、就職	<input type="checkbox"/>	②仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	③収入・生活費・家計全般
<input type="checkbox"/>	④税金や公共料金の支払い	<input type="checkbox"/>	⑤債務について	<input type="checkbox"/>	⑥資金の給付・貸付け等
<input type="checkbox"/>	⑦住まい	<input type="checkbox"/>	⑧体と心の病気や健康	<input type="checkbox"/>	⑨障がいについて
<input type="checkbox"/>	⑩法律	<input type="checkbox"/>	⑪権利擁護	<input type="checkbox"/>	⑫介護
<input type="checkbox"/>	⑬子育て	<input type="checkbox"/>	⑭ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/>	⑮家族関係・人間関係
<input type="checkbox"/>	⑯地域との関係	<input type="checkbox"/>	⑰DV・虐待・犯罪被害・人権		
<input type="checkbox"/>	⑱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	年	月	日	部署	担当者
＜今回の対応＞						
当課の継続相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						

※他の部署への相談が必要な場合のみ次項へ



相談が必要と思われる部署	<input type="checkbox"/> 仕事 ( )	<input type="checkbox"/> 生活困窮 ( )	<input type="checkbox"/> 病気・健康 ( )
	<input type="checkbox"/> 法律 ( )	<input type="checkbox"/> 子ども・子育て ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

紹介先①	予約日時	年	月	日	時	分	同行	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	部署・名称				担当者				

相談内容・概要	相談受付日	年	月	日	部署・名称		担当者	
	<今回の対応>  当課の継続相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

(福祉政策課回付日 年 月 日)

紹介先②	予約日時	年	月	日	時	分	同行	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	部署・名称				担当者				

相談内容・概要	相談受付日	年	月	日	部署・名称		担当者	
	<今回の対応>  当課の継続相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							

(福祉政策課回付日 年 月 日)

紹介先 ③	予約日時	年	月	日	時	分	同行	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	部署・名称				担当者				

相談内容・概要	相談受付日	年	月	日	部署・名称		担当者	
<今回の対応>  当課の継続相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

(福祉政策課回付日 年 月 日)



紹介先 ④	予約日時	年	月	日	時	分	同行	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	部署・名称				担当者				

相談内容・概要	相談受付日	年	月	日	部署・名称		担当者	
<今回の対応>  当課の継続相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

(福祉政策課回付日 年 月 日)

