

## 相談受付・申込票

受付機関	<input type="checkbox"/> 自立相談 <input type="checkbox"/> 家計改善 <input type="checkbox"/> 町村の一次相談窓口			
ID		初回相談 受付日	西暦 年 月 日	受付者

## ■基本情報

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ( )		
氏名		生年月日	西暦 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		来談者の ご本人と 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。					

## ■相談申込み欄

群馬県社会福祉協議会長 様
上記の相談内容等について、自立・家計改善支援の利用を申し込みます。
また、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。なお、同意にあたっては、別紙の「個人情報に関する管理・取扱規程」について説明を受けました。
西暦____年____月____日
本人署名_____ 印