

送信先

青森県社会福祉協議会  
自立相談窓口 行き

Fax番号( 017-723-1394 )

※ チェックリスト 送信前に必ずご確認ください

- 自立相談支援事業に関する説明を行いました。
- 下記の相談内容等について、自立相談窓口へ情報提供することに同意を得ました。
- 自立相談窓口からの支援を希望しています。

## 自立相談支援事業 相談受付・情報提供シート

【相談者情報】 匿名や姓名字いずれかの記入でも受付可能ですので、相談者情報は未記入でも構いません

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	大・昭・平	年	月 日
住所					
連絡先					
備考					

【相談内容①分類】 未チェックでも構いません

<input type="checkbox"/> 病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/> 住まいについて	<input type="checkbox"/> 収入・生活費のこと
<input type="checkbox"/> 家賃やローンの支払いのこと	<input type="checkbox"/> 債務について	<input type="checkbox"/> 税金や公共料金等の支払いについて
<input type="checkbox"/> 仕事探し、就職について	<input type="checkbox"/> 仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/> 地域との関係について
<input type="checkbox"/> 家族との関係について	<input type="checkbox"/> 子育てのこと	<input type="checkbox"/> 介護のこと
<input type="checkbox"/> ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/> DV・虐待	<input type="checkbox"/> 食べるものがない
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

【相談内容②概要】 本人の話す困りごとをそのままご記入ください

--

【情報提供元】

機関名		
担当者		
連絡先	電話：	Fax：
	メール	