

相談受付・申込票

受付機関	<input checked="" 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。

<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"/>	税金や公共料金等の支払いについて	<input type="checkbox"/>	債務について
<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()				

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

横浜市 福祉保健センター長

私は、相談支援の検討・実施等にあたり必要となる裏面に記載の関係機関（者）と情報共有することに同意の上、自立相談支援事業の利用を申し込みます。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 本人署名 _____ 印 _____

【利用目的】 _____

- ◇相談業務を円滑に行うため
- ◇横浜市に対して自立相談支援事業利用申込、プラン申込を行うため
- ◇支援サービス提供、関係機関・者との連絡・調整等自立支援に資するため

【別表】関係機関・関係者等

区福祉保健センター生活支援課

区福祉保健センター福祉保健課

区福祉保健センター高齢・障害支援課

区福祉保健センターこども家庭支援課

区福祉保健センター保険年金課

区役所税務課

ハローワーク(公共職業安定所)

ジョブスポット

神奈川県社会福祉協議会

横浜市社会福祉協議会

区社会福祉協議会

よこはま若者サポートステーション

湘南・横浜若者サポートステーション

法テラス

就労準備支援事業委託事業者

家計改善相談支援事業委託事業者

学習支援・生活支援事業委託事業者

就労訓練事業支援センター実施事業者

地域若者サポートステーション・地域ユースプラザ

その他(

)