

相談受付・申込票(多機関協働事業)

R7.4.1版

■申込み機関 ※申込者をご本人やご家族の場合は、記入不要です。

機関名		住所	
担当者氏名		連絡先	

■基本情報

ふりがな			性別	☐ 男	☐ 女	☐ 無回答
氏名			生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒 -					
電話	自宅	() -	携帯	- -		
メール						
来談者 ※ご本人以外の場合	氏名		来談者との 関係	☐ 家族 (本人との続柄:)		
	電話	() -		☐ その他 ()		

■ご相談内容

ご相談されたい内容に○をおつけ下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけ下さい。

	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		D V ・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 ※ご本人がご記入ください。ご家族や支援機関の方は記入不要です。

西東京市長 殿

上記の相談内容等について、多機関協働事業の利用を申し込みます。

☐ 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。

☐ 「個人情報に関する管理・取扱基準」について説明を受けました。

西暦 年 月 日 本人署名

※多機関協働事業は、複数の支援機関が、生活課題を解決するために、その解決に資する支援を一体的かつ計画的に行う体制を整備する事業です。

受付機関	☐	多機関協働事業	☐	参加支援事業	☐	アウトリーチ等事業	☐	その他 ()
受付番号		受付日	西暦	年	月	日	受付者	