相談受付・申込票

ID		受付日	令和　　年　　月　　日	受付者	

■基本情報（書ける範囲でご記入ください）

ふりがな			性別	□.男性　□.女性　□（　　）	
氏名			生年月日	□.大正　□.昭和　□.平成　□.令和 年　月　日（　歳）	
住所	〒　　－				
電話	自宅	（　　）　　－	携帯	（　　）　　－	
E-mail					
来談者 ＊ご本人以外の場合	氏名		来談者と ご本人との関係	□.家族（本人との続柄:　　） □.その他（　　）	
	電話	（　　）　　－			

■ご相談の内容（お困りのこと）

ご相談されたい内容に〇をおつけください。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、ご支援にあたっての希望を具体的に書いてください。

■相談申込み欄

春日市長　殿

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、申し込みにあたっては、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、
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。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印