

## 相談受付票

受付日時	令和    年    月    日 (    )
------	--------------------------

### ■ 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	年    月    日 (    歳)	
住所				
電話	自宅		携帯	
相談者 <small>※ご本人以外 の場合</small>	氏名	ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄:    ) <input type="checkbox"/> その他(    )	
	住所		電話	

### ■ 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、すべてに○をつけ、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	税金や公共料金等の支払い	債務について
仕事探し、就職	仕事上の不安やトラブル	地域との関係
家族との関係	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。

### ■ これまでにどこかに相談したことはありますか(いつごろ、どちらに)

### ■ 相談申込み欄

朝霞市長様  
上記の相談内容等について、自立相談支援・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。

年    月    日                      本人氏名

\_\_\_\_\_