

【参考様式1】相談受付票

記入日 年 月 日

受付No. ふりがな 氏名	相談方法 来所・電話・文書・FAX・訪問 経由機関： 担当者：
---------------------	---------------------------------------

性別 男 女 年齢 歳 生年月日： 所属(学校、施設等)：	障害者手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 身障手帳： 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳： A1 A2 B1 B2 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳： 級 障害名：
--	---	--

現住所(〒 ー) 奈良市 TEL: FAX: 相談者氏名 関係 () 住所 TEL: FAX:	家族	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同居 別居

相談内容

相談内容の種別

<p>1、福祉サービスの利用相談</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅系サービス利用</p> <p><input type="checkbox"/> 施設系サービス利用</p> <p><input type="checkbox"/> 療育機関の利用</p> <p><input type="checkbox"/> その他介護等サービス利用</p>	<p>3、自立生活に関する相談</p> <p><input type="checkbox"/> 独立生活への移行</p> <p><input type="checkbox"/> グループホーム等への移行</p> <p><input type="checkbox"/> 余暇活動支援</p> <p><input type="checkbox"/> 金銭管理</p>	<p>5、その他</p> <p><input type="checkbox"/> 学校や施設生活に関する相談</p> <p><input type="checkbox"/> 卒業後の進路に関する相談</p> <p><input type="checkbox"/> 就職相談</p> <p><input type="checkbox"/> 医療に関する相談</p> <p><input type="checkbox"/> 権利擁護に関する相談</p> <p><input type="checkbox"/> 情報提供</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>2、福祉制度等の利用相談</p> <p><input type="checkbox"/> 年金や各種手当の申請など</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅改造や介護機器等の相談</p> <p><input type="checkbox"/> 移動や送迎に関する相談</p>	<p>4、家庭生活における相談</p> <p><input type="checkbox"/> 家族関係に関すること</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭での介護に関すること</p> <p><input type="checkbox"/> 障害児の子育て相談</p>	

相談支援事業所名	担当者名
----------	------