

～たったひと言から、あなたの支えがはじまります～

つながりの輪サポートステーション



つなぐシート

相談受付兼
多機関協働・
参加支援等の
利用申込用紙



つなサポ
相談窓口

■書き方 以下の個人情報の共有等に同意いただけましたら、□のチェックと太枠内のご記入をお願いします。

□相談支援にあたり、私及び住居・生計を同じくする者の住民・課税・福祉・保険等の情報の公簿確認と、提供しました相談内容等について、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。

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他		
当事者氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日 (歳)		
住所	〒 - 西尾市						
TEL	自宅	()-()-()	携帯	0	-	-	
相談者 ※当事者と 同じ場合は 記入不要	(ふりがな)	()			当事者との関係	<input type="checkbox"/> 家族(当事者との続柄:) <input type="checkbox"/> その他()	
	住所						
	自宅	()-()-()	携帯	0	-	-	

家族構成	氏名	年齢	続柄	備考(知っておいてほしいことなど)	

▼ご相談内容(お困りのこと)

※ご相談されたい内容にチェックをお付けください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> ①仕事探し、就職	<input type="checkbox"/> ②仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/> ③収入・生活費・家計全般
<input type="checkbox"/> ④税金や公共料金の支払い	<input type="checkbox"/> ⑤債務(借金)について	<input type="checkbox"/> ⑥資金の給付・貸付け等
<input type="checkbox"/> ⑦住まい	<input type="checkbox"/> ⑧体と心の病気や健康	<input type="checkbox"/> ⑨障がいについて
<input type="checkbox"/> ⑩法律	<input type="checkbox"/> ⑪権利擁護	<input type="checkbox"/> ⑫介護
<input type="checkbox"/> ⑬子育て	<input type="checkbox"/> ⑭ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/> ⑮家族関係・人間関係
<input type="checkbox"/> ⑯地域との関係	<input type="checkbox"/> ⑰DV・虐待・犯罪被害・人権	<input type="checkbox"/> ⑱食べるものがない
<input type="checkbox"/> ⑲その他()		

※ご相談されたいことを具体的に書いてください。ご支援にあたっての希望もあればお書きください。

相談 受付日	令和 年 月 日 () AM・PM : ~ :	受付者	部署 氏名	後日 確認欄
-----------	-----------------------------	-----	----------	-----------

▼つなぐシート受付者の記入欄（面談時の補足情報など）

当事者・相談者が求めている姿など



支援に向けた課題・緊急度など



案内予定のつなぐ先・つなぐ先に伝えたいこと