（様式１）

**地域相談員　相談受付票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）  時　　分～　　時　　分 | 相談受付票作成者氏名 |  |
| 相談場所 |  | 相談方法 | □電話  □面接  □その他（　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談者区分 | □本人　　　　　　　□家族　　　　　　□関係者 | | | | | |
| 障害当事者 | （ふりがな）  氏　　名 |  | 年齢 | 才 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所  電話番号 |  | | | | |
| 障害種別 | 身体　　　知的　　　精神　　　その他（　　　　　　）　不明 | | | | |
| 相談者連絡先  （上記以外の場合） | （ふりがな）  氏　　名 |  | 年齢 | 才 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所  電話番号 |  | | | | |
| 相談者との関係等 |  | | | | |
| 相手方 | （ふりがな）  氏　　名 |  | 年齢 | 才 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所  電話番号 |  | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 相　談　内　容 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 相　談　内　容 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※県障害福祉課記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付者※ |  | 受付日※ | 令和　　　年　　　月　　　日 |