



うきつなぐシート

うきまるごとサポート事業

相談申込み・受付票

■基本情報 ※個人情報の共有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いたします。

☐ 相談支援の検討・実施にあたり、私の相談内容を必要となる関係機関(者)と情報共有し、保管・集約することに同意します。

☐ 必要に応じて、宇城市における重層的支援会議にて情報共有することに同意します。

年 月 日 本人署名

署名欄				
ふりがな		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ その他	
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	-
来談者 注)ご本人以外の場合には記入してください	ふりがな		ご本人との関係	☐ 家族(本人との続柄:) ☐ その他
	氏名			
	住所			
	電話(自宅)	-	電話(携帯)	-

家族構成	氏名	年齢	続柄	備考

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

--

(初回相談受付部署)

相談 内容 ・ 概 要	相談 受付日	年	月	日	部署		担当者	
							家族構成	
<今回の対応>								
当課の継続相談 ☐ 有 ☐ 無								

※他の部署への相談が必要な場合のみ次項へ



相談が必要と 思われる部署	☐ 仕事 ()	☐ 生活困窮 ()	☐ 病気・健康 ()
	☐ 法律 ()	☐ 子ども・子育て ()	☐ その他 ()



紹介先①	予約日時	年	月	日	時	分	同行	☐ 有	☐ 無
	部署・名称				担当者				

相談内容・概要	相談受付日	年	月	日	部署・名称		担当者	
<今回の対応> 当課の継続相談 ☐ 有 ☐ 無								

(福祉政策課回付日 年 月 日)



紹介先②	予約日時	年	月	日	時	分	同行	☐ 有	☐ 無
	部署・名称				担当者				

相談内容・概要	相談受付日	年	月	日	部署・名称		担当者	
<今回の対応> 当課の継続相談 ☐ 有 ☐ 無								

(福祉政策課回付日 年 月 日)

