**相談受付票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 令和　　年　　月　　日(　) | | | | | 受付者 | | |  |
| 契約日 |  | | | | | 解約日 | | |  |
| ふりがな  本人氏名 |  | | | | | 生年月日  性別 | | ＴＳＨ　年　月　日　　歳  男・女 | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　丁目　　　番　　　号 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | | | | | | | | |
| 本人状況 | □認知症高齢者　　介護度：（　　　　　　　　　　　）  □知的障害者　　　手帳：（　　　　　　　　　　　　）  □精神障害者　　　手帳：（　　　　　　　　　　　　）  □その他　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | |
| ＊就労の状況 | □就労していない　　□就労している（勤務先：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ＊教育歴 | □中学校卒　　□高校卒　　□大学卒　　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| * 家族や親族など | 氏名 | | 続柄 | 同別居 | | | 住所等連絡先 | | | |
|  | |  | 同・別 | | |  | | | |
|  | |  | 同・別 | | |  | | | |
|  | |  | 同・別 | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| * 第三者の支援の現状 | 支援提供者 | | | | | | 支援内容 | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| 相談経路 | □本人　　　□民生委員　　　　　□保険・福祉施設等　　□地域包括支援センター  □親族　　　□ホームヘルパー　　□医療機関　　　　　　□障害者相談支援事業所  □近隣住民　□介護支援専門員　　□福祉事務所等行政機関  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 相談者 | 相談者名（　　　　　　　　　　）所属（　　　　　　　　）連絡先（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 主な相談形態 | □電話　　　□来所　　　□訪問 | | | | | | | | | |
| * 在宅福祉サービス等の利用状況 | サービス名 | | | | 週/月 | | | | 事業者名等 | |
| □ホームヘルプサービス  □デイサービス（デイケア）  □ショートステイ  □訪問看護（診療）  □配食サービス  □障害者支援施設   * 作業所 * その他 | | | | 週（月）　　回  週（月）　　回  週（月）　　回  週（月）　　回  週（月）　　回  週（月）　　回  週（月）　　回  週（月）　　回 | | | |  | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | |
| * 直近の入院・入所 | 施設名；　　　　　　　　　　　　　　期間；　　年　　月～　　年　　　月 | | | | | | | | | |
| * 現在の居所 | 時点の場所：　　　　　　　　　　市町村名：  □持ち家　　□借家・賃貸　　　□市営・県営住宅　　□その他 | | | | | | | | | |
| * 契約後の   予定居所 | より　　　　　　　　　　　　　　市町村名； | | | | | | | | | |
| * 主な収入源   等日常的な経済生活の状況 | * 年金（老齢・障害・遺族・その他　　　　　　　）　　 約 　　　円／月 * 特別障害者手当　　　　　　　　　　　　　　　　　　 約　 　　円／月 * 生活保護 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　約　　 　円／月 * 家賃収入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 約　　 　 円／月 * 給与　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 約　　　 円／月 * 預貯金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 約 円 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　 約　　　　円 | | | | | | | | | |
| * 生活保護   受給状況 | 現在の生活保護受給：□有　　　　□無  今後の申請について：□申請中　　□申請予定有 | | | | | | | | | |
| 利用を希望するサービス | * 福祉サービス利用援助　　　□日常的金銭管理　　　□書類等預かり   ※書類など預かりがある場合：  　　　返還指定受取人（氏名：　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　） | | | | | | | | | |
| 相談内容 | 現在困っている状況： | | | | | | | | | |
| 本人に必要な支援の状況： | | | | | | | | | |
| 対応 | * 日常生活自立支援事業の利用について   専門員名：  専門員名：  生活支援員名：   * 他の制度・施策の利用   具体的な対応： | | | | | | | | | |
| 自由記入欄 |  | | | | | | | | | |