

相談受付カード

相談受付日		年	月	日	記入者			
相談者	フリガナ氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年	<input type="checkbox"/> 平成 月	日 歳
	住所	大阪市東成区						
	電話	(06)	—	携帯電話	—	—		
	職業							
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考			
支援者	事業所名				所在地			
	氏名				電話			
必要とする整容準備内容		① 衣料品 (提供内容) ② 整髪 ※ 必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③ 入浴 ※ 必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
給付を必要とする理由								
支援対象者の生活再建目標								

区社協として次のとおり取り扱います。

処理欄	給付の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 理由						
	給付内容	①衣料品 () ②整髪 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ③入浴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	給付方法							
	起案年月日	事務局長	副主幹	主査			担当者	
	年 月 日							
	決裁年月日							
年 月 日								
備考								