|  |
| --- |
| **ファックス072-970-3200** |

**コミュニティソーシャルワーカー**

**福祉あんしん相談シート**

**■ご相談者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **電話** |  |
| **氏名** |  | **生年月日** | □大正□昭和□平成　 年　 月　 日（　　歳） |
| **住所** | 〒　　　― |

**■世帯構成**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　　　名** | **続柄** | **年齢** | **備考** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**■ご相談の内容**

|  |
| --- |
| **※ご相談されたい内容に〇をおつけください。****ご相談されたい内容が複数の場合は、すべてに〇をし、一番お困りのことには◎をおつけください。** |
| （　）生活費のこと | （　）仕事さがしのこと | （　）借金・滞納のこと |
| （　）病気・医療のこと | （　）健康づくりのこと | （　）こころの問題・ひきこもり |
| （　）介護のこと | （　）子育てのこと | （　）障害のこと |
| （　）DV・虐待 | （　）福祉サービスのこと |  |
| **※ご相談されたいことを具体的にお書きください。** |
|  |

**■希望する相談日時・場所**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **希望する相談日時** | **希望する相談場所** |
| **第1希望** | 　　　　月　　日　　：　　～ | 市役所　・　オアシス　・　リモート |
| **第２希望** | 　　　　月　　日　　：　　～ | 市役所　・　オアシス　・　リモート |

私の相談内容に対する支援を検討・実施するにあたり、柏原市及び柏原市社会福祉協議会が保有する情報を閲覧し、関係機関（者）と情報共有することに同意します。

　　　年　　　月　　　日　　本人署名

**メールや電話でも相談を受け付けております。お気軽にお問い合わせください。**