

相談支援登録票

◆基本情報

ID		初回相談受付日	年	月	日	受付者	
ふりがな				性別	男性	女性	
氏名				生年月日	年	月	日 (歳)
住所	〒						
電話	自宅 ()	—	携帯	—	—		
メールアドレス							
区分	父子	母子	寡婦	離婚前	未婚のひとり親	その他 ()	
子ども	(歳 【学年	】 男	女)	(歳 【学年	】 男	女)	
()人	(歳 【学年	】 男	女)	(歳 【学年	】 男	女)	
	離別	死別	児童扶養手当	受給中	申請中	受給無	
来談者 ※ご本人以外の場合				来談者のご本人との関係			
氏名				家族	(本人との続柄:)		
電話				その他	()		

◆YELLながさきを知ったきっかけに○をおつけください

インターネット テレビ 家族や知人の紹介 市役所・福祉事務所からの紹介 県支援機関など 就労支援機関（ハローワーク）など その他

◆ご相談の内容（お困りごと）

※ご相談されたい内容に○をつけてください。複数ある場合は一番のお困りごとに◎をつけてください。			
仕事探し・仕事上のこと・資格取得	離婚・養育費・面会交流など	住まいのこと	
子育て（いじめ・ひきこもり・不登校）	教育（進路・学費など）	DV・虐待	
人間関係（家族・地域など）	健康（病気・障がい・介護）	その他	
家計のこと（収入・生活費・食事・家賃・ローンの支払い、税金・公共料金の支払、債務など）			

※またお仕事探しについてご相談の場合は希望職種をご記入ください → ()

◆利用申込欄

別紙の『個人情報に関する管理・取扱規定』に基づいて、相談支援の検討・実施にあたり必要となる関係機関（者）との情報共有に同意いたします。
_____ 年 月 日 本人署名