別記様式（第５条関係）

連絡・相談票

　（自立相談支援機関）　様

　当課の相談者から貴機関での相談の希望があったことから、次のとおり連絡します。

|  |
| --- |
| 【本人同意欄】  　　日南町長　様  　相談支援の検討、実施にあたり必要となる範囲で、私の個人情報が（自立相談支援機関）及び　　　　課との間で相互利用されることについて、了承します。    　　　住所  　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印）  　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日　　電話番号 |

　　　　※聞き取りで把握できなかった内容は空欄としてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経歴・職歴 | 学歴 | □中学 □高校 □高専  □短大 □大学 □大学院 | | | □卒業・修了  □中退 □在学 | 訓練等受講歴 | | □訓練 □専修・専門  □各種学校 | 科目・内容（　　　　　） |
| 受講期間　　　年～　　年 |
| 直近の仕事 | 職種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　年　　　月～　　　　年　　　月 | | | | | | | |
| 内容 | | | | | | | |
| 離職理由 | | | | | | | |
| 相　談　内　容 | 相談の概要 | | | | | | | | |
| 家族・親族の状況 | | | | | | | | |
| 生活保護  受給歴 | | □無 □有（直近）　　　　年　　月～　　　年　　月　　（　　　福祉事務所）  ※直近以外で中部、西部福祉事務所での受給歴 □無 □有　　年　月～　年　月（　　福祉事務所） | | | | | | |
| 他施策の  状況 | | □失業給付（　　年　月～　　年　月）　　□住居確保給付金（　　年　月～　　年　月）  □年金（種別　　　　　　年額　　　　　　）　□障がい者手帳（　　　　　　　　　　　　）  □児童扶養手当　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 預貯金・現金等の保有状況 | | | | | | 資産　□無 □有（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 住居の状況 | | | □持家 □賃貸（家賃　　　　　　　円）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 特記事項（自立相談支援機関での対応が望まれる課題） | | | | | | | | |
| 添付資料 | | | | | | | | |

　　年　　月　　日

日南町　　　　　　課　　　　担　　当

　　　　　　　　　　　　　　電話番号