様式第１号　　No.＿＿＿＿＿＿

相談受付票

<table>
<tr><td>受　付　日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日(　　)</td><td>受付
担当者</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>障がい区分</td><td colspan="6">□　認知症高齢者等　□　知的障がい者等　□　精神障がい者等
□　その他(事業対象者だが、上記３つのいずれにも区分が難しい者)</td></tr>
<tr><td>ふりがな
利用者氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男
女</td><td>生年月日</td><td>M･T･S･H･R　　年　　月　　日
(　　)歳</td></tr>
<tr><td>住　　所
電話番号</td><td colspan="4">〒

TEL</td><td colspan="2">□在宅独居
□在宅で家族等と同居
□入院中　□施設等入所中</td></tr>
<tr><td>相談の内容
･目的
･サービス利用を希望する理由等</td><td colspan="6">《希望サービス》□福祉サービス利用援助　□日常的金銭管理サービス　□書類等預かりサービス</td></tr>
<tr><td>手帳の有無
要介護度</td><td colspan="6">□認知症高齢者（要介護認定　未・非該当・要支援　　・要介護　　）
□知的障がい者（療育手帳　　A《重度》　･B1《中度》・B2《軽度》）　手帳なし
□精神障がい者（精神保健福祉手帳　　級）手帳なし（疾患名　　）
□身体障がい者（身体障がい害者手帳　　級）(障がい名　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">相談経路</td><td colspan="6">□本人　□家族･親族(　　)　□隣人･知人
□民生委員　□実施機関　□ホームヘルパー　□ケアマネジャー　□在宅介護支援センター
□地域包括支援センター　□福祉施設(　　)
□医療機関　□行政機関　□保健所･保健センター
□その他　具体的に(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">相談者</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>本人との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>所属機関</td><td colspan="2"></td><td>機関種別</td><td></td></tr>
</table>

様式第１号　　No.

【メモ】