

(様式第1号-2)

豊中市福祉なんでも相談窓口設置等事業実施計画書

※ 以下は実施地区ごとに1枚ずつ作成してください。

実施地区名		
実施期間	開始	年 月 日 から
	完了	年 月 日 まで
	(※1)事業の完了日は、当該年度末とします。	
実施場所	(住所)	
実施内容	相談事業	
	相談窓口 設置運営 委員会	
	その他	
(※2)相談事業従事者、相談窓口設置運営委員会については、名簿または構成組織等を実績報告時に提出してください。		
(※3)相談窓口設置運営委員会は、地域の多様な分野の団体もしくは人から構成されるよう努めてください。		
予 算		

「福祉なんでも相談」相談受付・記録票

() 校区

相談年月日	年 月 日 () AM・PM : 頃 ----- <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ()
相談対応者	
相談者	名 前 住 所 TEL () - 対象者との関係
対象者 (わかる範囲 で記入)	名 前 住 所 TEL () - 生年月日 M T S H R 年 月 日 (歳) ----- <input type="checkbox"/> 高齢者 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯) <input type="checkbox"/> 障害者 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭 <input type="checkbox"/> 子ども・子育て世帯 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> その他 ()
緊急連絡先	名 前 (続柄) 連絡先 ----- 名 前 (続柄) 連絡先
相談内容	<input type="checkbox"/> 福祉制度に関する事 <input type="checkbox"/> 介護に関する事 <input type="checkbox"/> 健康や医療に関する事 <input type="checkbox"/> 子育て・子どもの教育などに関する事 <input type="checkbox"/> 生活費に関する事 <input type="checkbox"/> 住宅に関する事 <input type="checkbox"/> ホームレスに関する事 <input type="checkbox"/> DV (ドメスティック・バイレンス) に関する事 <input type="checkbox"/> 地域活動・ボランティアに関する事 <input type="checkbox"/> その他 (詳細) ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
対応状況	<input type="checkbox"/> 助言や情報提供など <input type="checkbox"/> 市や専門機関へ連携 <input type="checkbox"/> C S Wに連携 <input type="checkbox"/> 地域活動による支援 <input type="checkbox"/> その他 (詳細) ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----