

相談受付票

相談形態	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 ()		
受付日時	年 月 日 時 分頃	受付者	
フリガナ 相談者氏名		電話番号	自宅:() - 携帯:() -
相談者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他		
フリガナ 対象者氏名		住所	〒
電話番号	() -	生年月日	年 月 日 (満 歳)
所得の状況等	<input type="checkbox"/> 年金受給		
公共サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 介護サービス (要介護認定 有・無)		
相談内容	① 医療費の支払いに関する事 ② 家賃・施設利用料等の支払いに関する事 ③ 葬儀・火葬・納骨に関する事 ④ 永代供養に関する事 ⑤ 賃借物件明け渡しに関する事 ⑥ 行政官庁等への諸届けに関する事		
対応内容			