

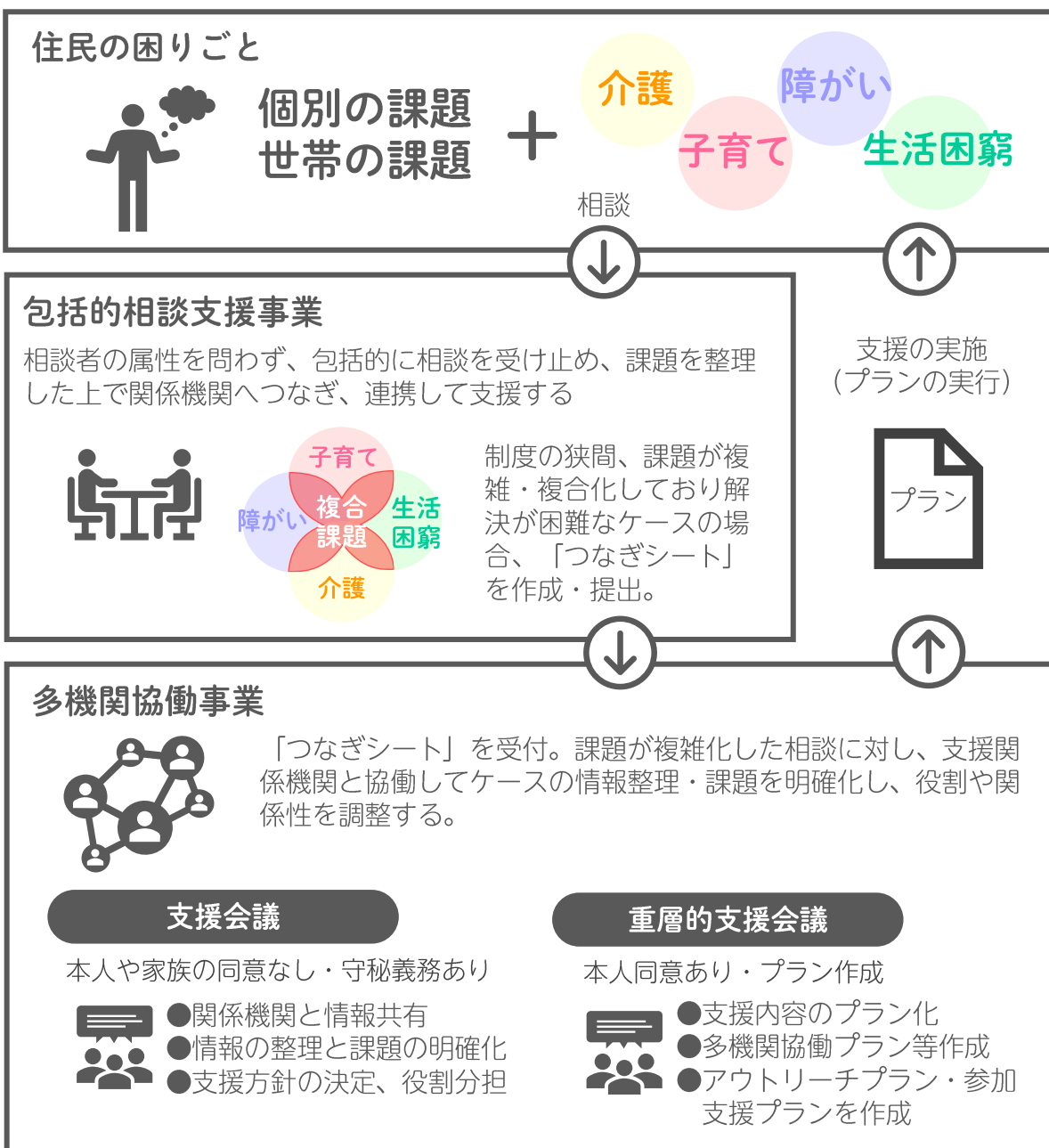
包括的相談支援事業

多機関協働事業

複合課題を連携しながら解決

つなぎシート

単独の相談支援機関では対応が難しい複合的な課題を抱えた「世帯」の支援でお困りの時は、多機関協働事業（福祉事務所）にご相談ください。



お問合せ・つなぎシートの提出先

四万十市福祉事務所 社会福祉係

四万十市中村大橋通4丁目10（市役所1F）

☎0880 (34) 1120

つなぎシート

相談方法	電話・来所 その他 ()	受付日	年 月 日
------	------------------	-----	-------

相談機関		担当者氏名 (電話番号)	(- -)
------	--	-----------------	---------

太枠内のみ記入してください。

世帯の主たる対象者について		世帯構成 (ジェノグラム)	
氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ()		
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	四万十市		
連絡先			
※多機関協働事業へ相談することへの同意 (支援対象者または家族)		済 (続柄:) ・ 未	
主たる対象者を含む世帯の課題 (該当する項目すべてに✓)			
<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 虐待・DV (疑い含む) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身・療・精) <input type="checkbox"/> 障がい疑い <input type="checkbox"/> メンタルヘルス <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 債務 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 近隣トラブル <input type="checkbox"/> 家族間トラブル <input type="checkbox"/> その他 ()			
関わっている機関・事業所 (すべて書き出してください)			
今後、参加を望む機関 (すべて書き出してください)			
相談内容 (どのようなケースか・貴支援機関が最も困っていることはどのようなことか)			

今後の進め方	<input type="checkbox"/> 情報共有 <input type="checkbox"/> 支援会議 <input type="checkbox"/> 重層的支援会議 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---