

資料5

障害者差別解消法 相談受付票（案）

相談年月日	令和 年 月 日 時 分～ 時 分		対応者：	所属機関：	
相談者	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名		受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所または所属機関名			電話番号	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族（同居・別居）続柄：		<input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員	
	<input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所		<input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場		
	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察		<input type="checkbox"/> その他（ ）		

【本人の状況】

氏名		性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	住民票登録住所 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 異						
	電話：	その他連絡先：		（続柄： ）			
居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院（ ） <input type="checkbox"/> 施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
程度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分（ ） <input type="checkbox"/> 申請中（ 月 日） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請予定						
利用サービス	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					
	その他サービス	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		相談支援事業所			
主障害	<input type="checkbox"/> 身体障害（ ） <input type="checkbox"/> 知的障害（ ） <input type="checkbox"/> 精神障害（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有（種別： 種 等級： ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		その他特記事項：				
経済状況				生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

【相手方の状況】

区分	<input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 事業者	
名称		
所在地		電話番号

【主訴・相談の概要】

主訴	<input type="checkbox"/> 不当な差別的取扱い <input type="checkbox"/> 合理的配慮の不提供 <input type="checkbox"/> 環境整備の要望 <input type="checkbox"/> その他（具体的内容を記載）	
相談内容	希望内容	<input type="checkbox"/> 相手方との調整 <input type="checkbox"/> 相談者への助言 <input type="checkbox"/> 聞き取りのみ <input type="checkbox"/> 関係機関等への引継（引継先： ）
	今後どうしてほしいか※相談者の意向を具体的に記載	★相手方との対応にあたり、（匿名性の確認） 1 名前を示して対応してもよい。 2 名前を示さずに対応してほしい。 3 特定されたくないの、対応しないでほしい。 4 その他（ ） （相談者に確認の上で該当する番号に○をつける。）

【今後の対応と結果】 担当者：

<input type="checkbox"/> 相談終了： <input type="checkbox"/> 聞き取りのみ <input type="checkbox"/> 情報提供・助言 <input type="checkbox"/> 他機関への取次・斡旋（機関名： ） <input type="checkbox"/> 解決（別紙顛末書のとおり）
<input type="checkbox"/> 相談継続（ ）
備考（ ）

