

(社福) 大阪市東成区社会福祉協議会 緊急用食料品等給付事業

相 談 受 付 カ ー ド

相談受付日		年	月	日	記入者				
相談者	フリガナ氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 年	<input type="checkbox"/> 大正 月	<input type="checkbox"/> 昭和 日	<input type="checkbox"/> 平成 歳
	住所	大阪市東成区							
	電話	(06)	—	携帯電話	—		—		
	職業								
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考				
支援者	事業所名				所在地				
	氏名				電話				
必要とする食料品等 (必要セット数・商品名等を記入)		食料セット (人分)		備考					
		※ 電子レンジの有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
		※ 乳幼児の場合は		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳幼児				
提供を必要とする理由									
支援対象者の生活再建目標									

区社協として次のとおり取り扱います。

	提供の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 理由							
	提供内容	大人	人分	乳幼児	人分	(合計		円)	
	提供方法								
処 理 欄	起案年月日	事務局長	副主幹	主 査				担当者	
	年 月 日								
	決裁年月日								
	年 月 日								
備 考									