

相談受付日： 年 月 日

相談受付票

相談受付票		受付部署			
		受付 No		担当者	
相談者の区分	☐ 障害者本人 ☐ 障害者の関係者（具体的に） ☐ 事業者 ☐ その他（具体的に）				
ふりがな			相談方法		
相談者氏名 事業者名			☐ 来所 ☐ 電話 ☐ 訪問 ☐ 文書 ☐ FAX ☐ その他		
住所			電話番号		
			e-mail		
障害の種別	☐ 視覚障害 ☐ 聴覚・言語障害 ☐ 盲ろう ☐ 肢体不自由 ☐ 知的障害 ☐ 精神障害 ☐ 発達障害 ☐ 内部障害 ☐ 難病に起因する障害 ☐ 重症心身障害 ☐ その他（具体的に）				
障害の状態・ 必要な配慮等					
相談内容	・ 事案の状況（いつ、どこで、誰と、どのようなことが起きたのか） ・ どのように対応してほしいか（誰に、どんなことを望むのか）				
主訴分類 (※)	1 不当な差別的取扱い 2 合理的配慮の不提供 3 環境の整備 4 差別解消法の範囲外 5 その他（具体的に）				

※主訴分類について、不明な場合は担当課で記入します。