**障害者差別解消法　相談受付票**

受付印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談年月日 | 年　　月　　日　　時　　分 | | 相談受付票  作成者氏名 | |  | |
| 所属機関名 |  | | 受付方法 | | 電話　  来所　  その他（　　　　　） | |
| 相談者  （通報者） | 氏　名 |  | | 電話番号 | |  |
| 住所または  所属機関名 |  | | | | |
| 本人との  関係 | 本人  家族親族（同居・別居）続柄：　　 近隣住民・知人　□民生・児童委員  相談支援事業所　  障害福祉サービス事業所　  教育機関  職場　　 医療機関　　 警察　  その他（　　　　　　　　　　） | | | | |

【受付状況】

【本人の状況】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 年齢 | | 歳 | | 性別 | 男・女 | |
| 住　所 |  | | | | 電話番号 |  | | | |
| 主障害 | 身体障害（肢体　視覚　聴覚　内部）知的障害　精神障害　難病　その他（　　　　　） | | | | | | | | |
| 手帳の有無 | 身体障害者手帳　　　　級 | 療育手帳　　　　級 | | 精神障害者保健福祉手帳　　　　級 | | | | | 無 |

【相手方の状況】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 住　所 |  | | | |
| 氏　名 |  | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |

【本人の主訴】

|  |
| --- |
| 差別的取扱い　　　　合理的配慮の不提供　　　　環境整備の要望 |

【処理状況】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | 八幡浜市障害者差別解消支援地域協議会への報告 | 年　　月　　日報告 |