

母子・父子自立支援プログラム

初回面接	年 月 日 () (:)					
面接者名		相談形態	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()			
氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)			
現住所	〒					
住民登録地	〒					
本籍地	〒					
連絡先 (方法)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 手紙		<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail			
母子・父子となった時期	年 月	左の理由	離婚	死別	遺棄	その他
家族の状況	続柄・性別	氏名	生年月日	同居・別居	勤務先(学校)等	健康状況
相談経路	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 友人、家族、親族の紹介（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 警察、医療機関、福祉関係機関、保健所等の紹介（具体的に： ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）					
福祉サービス 利用歴						
問題の発生、 進展、来所に いたる経緯	(年月日等を含め、具体的に)					
児童の父又は 母との関係・ 養育費	<input type="checkbox"/> 連絡あり（定期・不定期 頻度 ） <input type="checkbox"/> 連絡なし（いつから ） 相手からの養育費の支払い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（理由： ） 養育費の支払い請求経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（理由： ）					
負債状況						
生活歴、現在 の生活状況						
子育て・保育 の状況						
健康状態(家族 も含む。)						