

かながわ生活応援サイトへの情報掲載依頼書

神奈川県福祉子どもみらい局
福祉部生活支援課長 様

このことについて、次のとおり依頼いたします。

令和5年 月 日

※ホームページ「かながわ生活応援サイト」に掲載する情報をご入力いただくフォームです。

1 依頼者情報【非公開】

※ホームページ「かながわ生活応援サイト」に掲載されません。
入力内容に不明な点があった場合、かながわ生活困窮者自立支援ネットワーク事務局からご担当者宛にご連絡をさしあげることがあります。

団体ご担当者名【必須】	
団体ご担当者電話番号【必須】 ※ご担当者に連絡がつく電話番号(個人でも団体でも可)をご記入ください。	
団体ご担当者メールアドレス【必須】 ※ご担当者に連絡がつくメールアドレス(個人でも団体でも可)をご記入ください。	

2 団体情報【公開】

※下記に記載された事項は、「非公開」を選択された項目以外は、ホームページ「かながわ生活応援サイト」に掲載されます。

団体名・機関名【必須】 法人格表記は正式名でご入力下さい。	
愛称・略称等	
〒郵便番号 記入例)111-2345 ※半角英数字でご入力ください。	
所在地 1 所在地の市町村をご記入ください。政令市は区までご記入下さい。 記入例)横浜市中区	
所在地 2 市区町村以降をご記入ください。記入例)港町1-1 ヨコハマビル 6階 ※丁目と番地は省略した数字表記でビル名等は具体的にご入力ください。英数字は半角、カタカナは全角です。	
所在地情報を非公開にする 所在地を非公開にする場合は、チェックを入れてください。 (公開する場合はチェックを入れないで下さい)	<input type="checkbox"/> 所在地情報を ホームページ「かながわ生活応援サイト」で非公開
電話番号 記入例)045-123-4567 ※()は使わずに半角英数字でご入力ください。	
電話番号を非公開にする 電話番号を非公開にする場合は、チェックを入れてください。 (公開する場合はチェックを入れないで下さい)	<input type="checkbox"/> 電話番号を ホームページ「かながわ生活応援サイト」で非公開
FAX番号 記入例)045-123-4567 ※()は使わずに半角英数字でご入力ください。	
FAX番号を非公開にする FAX番号を非公開にする場合は、チェックを入れてください。 (公開する場合はチェックを入れないで下さい)	<input type="checkbox"/> FAX番号を ホームページ「かながわ生活応援サイト」で非公開
メールアドレス 記入例)from@kana-con.net ※半角英数字でご入力ください。	
メールアドレスを非公開にする メールアドレスを非公開にする場合は、チェックを入れてください。 (公開する場合はチェックを入れないで下さい)	<input type="checkbox"/> メールアドレスを ホームページ「かながわ生活応援サイト」で非公開
URL 記入例)http://kana-con.net/ ※http://、https:// 等URLは先頭から半角英数字でご入力ください。	
機関の概要・特徴【必須】 簡潔に全角50文字から70文字でご入力ください。	
相談内容(複数選択可)【必須】	<input type="checkbox"/> 収入・生活費 <input type="checkbox"/> 借金・債務 <input type="checkbox"/> 仕事探し・就労 <input type="checkbox"/> 仕事上のトラブル・労働問題 <input type="checkbox"/> 住まい <input type="checkbox"/> 食べ物・服がない <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 居場所 <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 暴力・DV・虐待 <input type="checkbox"/> 高齢者・介護 <input type="checkbox"/> 子ども・子育て <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 若者 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 性的マイノリティ <input type="checkbox"/> 家族との関係 <input type="checkbox"/> 地域との関係 <input type="checkbox"/> その他
(「その他」を選んだ場合の具体的内容)	

対象エリア(複数選択可)【必須】	<input type="checkbox"/> 神奈川県全域
	<input type="checkbox"/> 横浜市
	<input type="checkbox"/> 川崎市
	<input type="checkbox"/> 相模原市
	<input type="checkbox"/> 横須賀市
	<input type="checkbox"/> 鎌倉市
	<input type="checkbox"/> 逗子市
	<input type="checkbox"/> 三浦市
	<input type="checkbox"/> 葉山町
	<input type="checkbox"/> 厚木市
	<input type="checkbox"/> 大和市
	<input type="checkbox"/> 海老名市
	<input type="checkbox"/> 座間市
	<input type="checkbox"/> 綾瀬市
	<input type="checkbox"/> 愛川町
	<input type="checkbox"/> 清川村
	<input type="checkbox"/> 平塚市
	<input type="checkbox"/> 藤沢市
	<input type="checkbox"/> 茅ヶ崎市
	<input type="checkbox"/> 秦野市
	<input type="checkbox"/> 伊勢原市
	<input type="checkbox"/> 寒川町
	<input type="checkbox"/> 大磯町
	<input type="checkbox"/> 二宮町
	<input type="checkbox"/> 小田原市
	<input type="checkbox"/> 南足柄市
	<input type="checkbox"/> 中井町
	<input type="checkbox"/> 大井町
<input type="checkbox"/> 松田町	
<input type="checkbox"/> 山北町	
<input type="checkbox"/> 開成町	
<input type="checkbox"/> 箱根町	
<input type="checkbox"/> 真鶴町	
<input type="checkbox"/> 湯河原町	
サービス・相談対応内容【必須】 箇条書き表記でご入力ください。(全角500文字まで)	
対応(開所)曜日、時間帯、相談方法等【必須】	
どんな時に利用できるか(相談できるか)【必須】	
対象者(制約がある場合) 住居地、年齢、障害者手帳の有無等で制約がある場合は具体的にご入力ください。	
アクセス (〇〇駅から徒歩何分、など)	
アクセス情報を非公開にする アクセス情報を非公開にする場合は、チェックを入れてください。 (公開する場合はチェックを入れないで下さい)	<input type="checkbox"/> アクセス情報をホームページ「かながわ生活応援サイト」で非公開

3 ご意見等【非公開】

<p>かながわ生活応援サイトに掲載しません。 かながわ生活困窮者自立支援ネットワークの今後の活動(研修やネットワーク会議など)に生かしていきたいと思っておりますので、ご意見をいただければ幸いです。</p>	
支援において困っていること(非公開)	
連携に期待すること・かながわ生活困窮者自立支援ネットワークへの期待 など(非公開)	