障害児者虐待相談票

|  |  |
| --- | --- |
| 相談年月日 | 令和　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分 |
| 対象 | 氏 　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 平成・令和　　年　　月　　日生　（　　）歳　　男・女 |
| 虐待内容・確認事項 | いつ |  |
| どこで |  |
| 誰から |  |
| 何があったどんな状況・状態か |  |
| 本人からの話 |  |
| 家族からの話 |  |
| 写真の有無 | 有・無　　※外傷がある場合は、発見時に写真を撮ってください。 |
| 市へ相談した日 | 令和　　年　　月　　日（　）　午前・午後　　時　　分 |

◆社会福祉課障害福祉係（結城市障害者虐待防止センター）

虐待と思われる状況を見聞きしたら、速やかに市へ連絡してください。市で事実確認を　行います。児童の養護者からの虐待の場合は、子ども福祉課が対応します。

〇平日　午前8時30分～午後5時15分

電話　０２９６－３４－０４３８（直通） / FAX　０２９６－３３－６６２８

〇平日夜間・休日　　※宿直・日直が受付、折り返し担当からご連絡を差し上げます。

電話　０２９６－３２－１１１１（代表）