

FAX送信先 011-281-4877

札幌弁護士会高齢者・障害者支援センター「ホッと」宛



「ホッと」来館相談FAX申込票



*** 弁護士会館で行う相談【来館相談】**

- ※ 場所：札幌市中央区北1条西10丁目札幌弁護士会館1階
 - ※ 相談料金：無料
 - ※ 相談時間：45分間
 - ※ 相談日時：毎週月・水・金曜日（祝日を除く）
- (1)13:30～、(2)14:15～ ☆ 完全予約制
- ※ 日時連絡：予約することができる日時は、後日、FAXします。

必ず記入してください。

申込日 年 月 日

(ふりがな)	
あなたのお名前	
あなたのご年齢	才 (生年月日 年 月 日)
障害の種類 等級	(1)身体 級 (2)知的 級 (3)精神 級 (4)その他()
あなたのFAX番号	
ご相談されたい内容	※枠内におさまりきれない場合は別紙に記入してください。
手話通訳の依頼	手話通訳は、 (1) 自分で依頼します (2) 弁護士会で依頼してください (3) 必要ありません } ○をつけてください ※(2)の場合、ご希望の日時に手話通訳を依頼できないことがあります。

◇ ご相談に対してFAXでの返事はできません。

◇ 本サービスを何でお知りになりましたか？

- (1) 友人、(2) 役所、(3) 弁護士会、(4) パンフレット、(5) 札幌市聴覚障害者協会
- (6) その他()

それでは、後日、高齢者・障害者支援センター「ホッと」より、ご連絡をいたします。

FAX送信先 011-281-4877

FAX送信先 011-281-4877

札幌弁護士会高齢者・障害者支援センター「ホッと」宛



「ホッと」出張相談FAX申込票



*** 自宅や入院先などで行う相談【出張相談】**
 (【来館相談】が難しい人に限ります)

- ※ 出張範囲：札幌市内に限ります。
- ※ 相談料金：10,800円(ただし、生活保護費が支給されている人は無料です)。
- ※ 訪問日程：申込みが完了した後、1週間以内に弁護士が出張訪問します。

【質問1】【来館相談】(=弁護士会館で行う相談)が難しい理由を教えてください。

理由： _____

【質問2】生活保護費が支給されていますか？はい又はいいえに○をつけてください。

- ・ はい
- ・ いいえ

必ず記入してください。 申込日 年 月 日

あなたのお名前	
あなたのご年齢	才 (生年月日 年 月 日)
障害の種類・等級	(1)身体 級 (2)知的 級 (3)精神 級 (4)その他()
あなたのご希望の相談場所	自宅・病院・施設などその他()
※施設名やマンション名まで詳しく記入してください。	札幌市 区
手話通訳の依頼	手話通訳は、 (1) 自分で依頼します (2) 弁護士会で依頼してください (3) 必要ありません } ○をつけてください ※(2)の場合、ご希望の日時に手話通訳を依頼できないことがあります。 ※(2)の場合、相談までに1週間以上かかることがあります。

◇ ご相談に対してFAXでのご回答はできません。

◇ 本サービスを何でお知りになりましたか？

- (1) 友人、(2) 役所、(3) 弁護士会、(4) パンフレット、(5) 札幌聴覚障害者協会
- (6) その他()

それでは、後日、高齢者・障害者支援センター「ホッと」より、ご連絡をいたします。

FAX送信先 011-281-4877

