相談日：平成　29　年

資料2－6

障害者差別解消法にかかる
相談受付票

相談窓口	（　　）区　障がい者基幹相
受付No	受付対応者

ふりがな		相談方法	
当事者氏名		来所 ・ 電話 ・ 訪問 ・ 文書（メール） ・ ＦＡＸ	
身障手帳	種　　級	生年月日	年　月　日
難病	（疾患名）	年　齢	（　歳）性別（男・女）
療育手帳	Ａ　Ｂ１　Ｂ２	現住所　〒	
精神福祉手帳	１級　２級　３級		
障がい名		ＴＥＬ（自宅）	（　）－
		ＴＥＬ（携帯）	（　）－
		ＦＡＸ	（　）－
		Ｅ－ｍａｉｌ	
ふりがな		★相手方との対応にあたり、（匿名性の確認）	
相談者氏名		１　名前を示して対応してもよい。	
住　所		２　名前を示さずに対応してほしい。	
ＴＥＬ	（　） 当事者との関係	３　特定されたくないので、対応しないでほしい。	
ＦＡＸ	（　）	４　その他（　）	
		（相談者に確認の上で該当する番号に○をつける。）	

分野	□ 商品・サービス　□ 福祉サービス　□ 公共交通機関　□ 住宅　□ 教育　□ 医療 □ 雇用（ハローワークへも連絡）　□ 行政機関（所管する窓口へも連絡）　□ その他（　）
主訴分類	１不当な差別的取扱い　２合理的配慮の不提供　３その他（具体的に　）
相手方	※事業所名、所在地、連絡先等
特記事項	

◇相談内容（主訴、背景、経過等）※差別発言などは具体的な内容を記載

障害者差別解消法に係る相談受付票（裏面）

年　月　日	対　　応　　記　　録
平成29年●月◎日	○○から相談あり、相手方へ状況を確認、対応を依頼、相談者へ説明、福祉局へ連絡

大阪市福祉局に対応を依頼	依頼日	平成　　年　　月　　日
◇依頼する理由		

相談内容の分類　※チェックシートを活用
１不当な差別的取扱い　２合理的配慮の不提供　３その他（具体的に　　）

状況	日付	状況の詳細
□　傾聴	●月◎日	
□　改善		
□　解決		
□　未解決		
□　継続		
□		

①傾聴：相談者が事業者への接触や解決を望まず、聞き取るにとどまったもの（要望、問合せ等）
　　あるいは、適切と思われる相談先を紹介したが、結果が不明なもの
②改善：事業者が何らかの改善策を講じたが、相談者の納得状況が確認できないもの
③解決：事業者が改善策を講じ、相談者の納得を得たもの
④未解決：事業者が改善策を講じない、相談者がこれ以上の対応を望まないなど、未解決となったもの
⑤継続：集計時点で対応が継続しているもの