

支援計画申込書(新規初回)

特定非営利活動法人 やどかりサポート鹿児島 御中

年 月 日

私は、下記利用者が、貴法人の提供する地域ふくし連携型連帯保証提供事業(地域ふくし連帯保証)の利用を申し込むにあたって、その支援者として支援計画書を提出します。

支援者代表氏名

利用者氏名	
法人種別	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> 株式会社 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 <input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ	
法人名	
住所	〒
	TEL
	FAX
フリガナ 担当者 氏名	資格等 (※主な資格を記入)
住所 (上記と異なる 場合)	
連絡先	TEL
	FAX
	E-mail等
利用者との 関係	利用者への これまでの支援期間 (記載例)何年何月頃から、概ね何年(何ヶ月)間支援・援助している

支援者一覧			
関係機関名	担当者名	電話番号	具体的支援内容

支援計画書

利用者名	支援者代表 氏名					
	作成年月日		平成	年	月	作成
【利用者本人が望んでいる生活(ニーズ)】 <input type="checkbox"/> ★サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる						
現状の評価および特記事項(下記のいずれかに☑/右欄には支援必要度を「5段階」で記入/必要度 高5-----低0) 【Ⅰ】収入及び就労 ※福祉的就労も含む。公的給付は生活保護、年金、雇用保険、定期的に支給される各種手当等						
<input type="checkbox"/> 就労による収入がある <input type="checkbox"/> 就労及び公的給付による収入のいずれも無い <input type="checkbox"/> 就労及び公的給付による収入がある <input type="checkbox"/> 就労及び公的給付による収入の見込み(申請予定)がある <input type="checkbox"/> 公的給付による収入がある <input type="checkbox"/> 不明/その他						支援の必要度
<input type="checkbox"/> ★具体的支援内容について、サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる						
具体的支援内容						
【Ⅱ】健康 <input type="checkbox"/> 健康状態に問題はない(現時点で支援は必要ない)						
<input type="checkbox"/> 健康状態に課題があり通院中である <input type="checkbox"/> 入院中であるが、近日中に退院予定 <input type="checkbox"/> 健康状態に課題があるが通院していない <input type="checkbox"/> 不明/その他						支援の必要度
<input type="checkbox"/> ★具体的支援内容について、サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる						
具体的支援内容						
【Ⅲ】家計及び債務 <input type="checkbox"/> 債務及び滞納はなく、金銭その他の家計管理の必要はない						
<input type="checkbox"/> 債務及び滞納はなく、金銭その他の家計管理に一定の支援が必要 <input type="checkbox"/> 現時点で債務及び滞納があり、債務整理を含めた継続的・専門的な家計管理支援が必要 <input type="checkbox"/> 不明/その他						支援の必要度
<input type="checkbox"/> ★具体的支援内容について、サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる						
具体的支援内容						
【Ⅳ】くらし(安全) <input type="checkbox"/> 火の始末や災害時の自力避難など危機管理・移動の支援は必要ない						
<input type="checkbox"/> 火の始末や危機管理については問題ないが、移動や通信には支援が必要 <input type="checkbox"/> 生活全般において、危機管理・移動等に関して支援が必要 <input type="checkbox"/> 不明/その他						支援の必要度
【Ⅳ】くらし(日常) <input type="checkbox"/> 食生活、衛生管理(ゴミ出し・清掃)、各種手続き、通信について支援は必要ない						
<input type="checkbox"/> 上記の生活全般において、何らかの支援が必要であり、一部については支援を受けているが、他は不十分 <input type="checkbox"/> 生活全般若しくは一部について支援が必要であるが、支援がないか、支援を受けることを望んでいない <input type="checkbox"/> 不明/その他						支援の必要度
【Ⅳ】くらし(交流活動) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日～週の半分以上は外出し、支援者以外の交友関係もある						
<input type="checkbox"/> 週の半分以上外出はするが、支援者以外の交友関係はほとんどない <input type="checkbox"/> ほとんど外出がなく支援者以外の交友関係もない <input type="checkbox"/> 不明/その他						支援の必要度
<input type="checkbox"/> ★具体的支援内容について、サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる						
具体的支援内容						
今後の支援について	【支援頻度】 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日～週1回以上 <input type="checkbox"/> 月に1～2回 <input type="checkbox"/> 半年に1～2回 <input type="checkbox"/> 年に1～2回 <input type="checkbox"/> その他					
	【特記事項】 <input type="checkbox"/> ★具体的支援内容について、サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる					

調査票(情報提供書)

フリガナ	性別	生年月日	現在	年齢(自動)
氏名				
現住所 (現居所)	TEL		TEL(携帯等)	
相談経路				
<input type="checkbox"/> 利用予定者本人からの相談 <input type="checkbox"/> 支援予定者による紹介による相談 <input type="checkbox"/> 家族(親戚)もしくは知人からの相談 <input type="checkbox"/> 支援予定者以外からの紹介による相談 <input type="checkbox"/> その他				
社会保障/福祉制度等の利用状況				
健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(国保以外) <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 生活保護申請中 福祉事務所			
公的給付等	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業手当) <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 住宅確保給付金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金(健保) <input type="checkbox"/> 老齢・遺族年金 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 傷病手当(雇用) <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当			
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 級 ※身障手帳種別→ <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 自立支援医療有			
	■ 障害及び疾患名		■ 通院先医療機関	
	■ 障害及び疾患についての詳細		■ 障害及び介護の区分・状態等について	
			■ 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (区分) ■ 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 ()	
【相談に至るまでの経緯】				

支援者用記録③—2【初回】

<p><家族構成:ジェノグラム></p> <p><input type="checkbox"/> サービス利用等計画及びケアプランを参照</p>	<p><本人を取り巻く人的環境・社会資源:エコマップ></p> <p><input type="checkbox"/> サービス利用等計画及びケアプランを参照</p> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;">本人</div> </div>
--	---

	家族等の氏名 <small>キーパーソンに☑印(左記)</small>	続柄	連絡先(電話番号等)	現住所	本人への協力度
<input type="checkbox"/>	記入例(氏名)	父	099-123-4567		高
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

【これまでの生活歴(ライフストーリー)】 ★サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる

【現在の主な日中活動, 交流活動等】 ★サービス利用等計画(障害福祉)またはケアプランに準ずる