

支援計画申込書(新規初回)

特定非営利活動法人 やどかりプラス 御中

令和 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

#REF!

利用者氏名

#REF!

支援者代表

法人種別

☐ 社会福祉法人 ☐ 医療法人 ☐ 特定非営利活動法人 ☐ 株式会社 ☐ 一般社団法人
☐ その他 ()

フリガナ

法人名

住 所

〒 - TEL
FAX

フリガナ

担当者
氏 名

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	#REF!	支援者代表 氏名	#REF!			
	#REF!	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）】 ☐ ★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						支援の必要度
☐ 就労による収入がある ☐ 就労及び公的給付による収入のいずれも無い						
☐ 就労及び公的給付による収入がある ☐ 就労及び公的給付による収入の見込み（申請予定）がある						
☐ 公的給付による収入がある ☐ 不明／その他						
☐ ★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 ☐ 健康状態に問題はない（現時点で支援は必要ない）						支援の必要度
☐ 健康状態に課題があり通院中である ☐ 入院中であるが、近日中に退院予定						
☐ 健康状態に課題があるが通院していない ☐ 不明／その他						
☐ ★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 ☐ 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						支援の必要度
☐ 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						
☐ 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						
☐ 不明／その他						
☐ ★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) ☐ 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						支援の必要度
☐ 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						
☐ 生活全般において、危機管理・移動等に関して支援が必要						
☐ 不明／その他						
【Ⅳ】くらし(日常) ☐ 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						支援の必要度
☐ 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						
☐ 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						
☐ 不明／その他						
【Ⅳ】くらし(交流活動) ☐ 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						支援の必要度
☐ 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 ☐ ほとんど外出がなく支援者以外の交友関係もない						
☐ 不明／その他						
☐ ★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】 ☐ ほぼ毎日～週 1 回以上 ☐ 月に 1 ～ 2 回 ☐ 半年に 1 ～ 2 回 ☐ 年に 1 ～ 2 回					
	☐ その他					
今後の支援について	【特記事項】 ☐ ★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	#REF!	性別	生 年 月 日	#REF! 現在	年齢(自動)
氏名	#REF!	#REF!		#REF!	#REF!
現住所 (現居所)	#REF!			TEL	
				TEL(携帯等)	
相談経路					
☐ 利用予定者本人からの相談					
☐ 支援予定者による紹介による相談					
☐ 家族(親戚)もしくは知人からの相談					
☐ 支援予定者以外からの紹介による相談					
☐ その他					
社会保障／福祉制度等の利用状況					
健康 保 険	☐ 国民健康保険 ☐ 健康保険(国保以外)				
	☐ 生活保護受給中 福祉事務所				
	☐ 生活保護申請中 福祉事務所				
公 的 給 付 等	☐ 雇用保険(失業手当) ☐ 障害年金 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 住宅確保給付金				
	☐ 傷病手当金(健保) ☐ 老齢・遺族年金 ☐ 児童扶養手当 ☐ その他				
	☐ 傷病手当(雇用) ☐ 障害手当金 ☐ 特別障害者手当				
障 害 者 手 帳 等	☐ 身体障害者手帳 級 ※身障手帳種別→				
	☐ 療育手帳 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2				
	☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 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 ☐ 非該当 ☐ 該当 (区分)			
		■ 要介護認定 ☐ 要介護 ()			
		☐ 要支援 ()			
【相談に至るまでの経緯】					

支援者用記録③—2【初回】

<家族構成:ジェノグラム> ☐ サービス利用等計画及びケアプランを参照	<本人を取り巻く人的環境・社会資源:エコマップ> ☐ サービス利用等計画及びケアプランを参照 本人
--	--

	家族等の氏名 キープersonに☑印(左記)	続柄	連絡先(電話番号等)	現住所	本人への 協力度
☐	記入例(氏名)	父	099-123-4567		高
☐					
☐					
☐					
☐					

【これまでの生活歴(ライフヒストリー)】 ☐ ★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