

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

| | | | |
|--------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| 利用者氏名 | | | |
| 支援者代表 | 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 | 令和 | 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 | | | | | | 支援の必要度 |
| <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 | | | | | | |
| <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） | | | | | | 支援の必要度 |
| <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 | | | | | | |
| <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 | | | | | | 支援の必要度 |
| <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 | | | | | | |
| <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 | | | | | | 支援の必要度 |
| <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 | | | | | | |
| 【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 | | | | | | 支援の必要度 |
| <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 | | | | | | |
| 【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 | | | | | | 支援の必要度 |
| <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 | | | | | | |
| <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 年月日 | 令和 年 月 日 現在 | 年齢 |
| 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 | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (区分) | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 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】

| <家族構成:ジェノグラム> | <本人を取り巻く人的環境・社会資源:エコマップ> |
|---|--|
| <div data-bbox="134 183 592 212"><input type="checkbox"/> サービス利用等計画及びケアプランを参照</div> | <div data-bbox="801 183 1265 212"><input type="checkbox"/> サービス利用等計画及びケアプランを参照</div> <div data-bbox="1031 456 1192 517">本人</div> |

| | 家族等の氏名 キーパーソンに☑印(左記) | 続柄 | 連絡先(電話番号等) | 現住所 | 本人への 協力度 |
|-------------------------------------|-------------------------|----|--------------|-----|-------------|
| <input checked="" 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】 | <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 |
|-------------------|---|
| | |