

地域 移行 ・ 定着 支援事業 基本情報

(1/2)

記入日		年 月 日		事業所名		記入者名		
ふりがな				生年月日	年 月 日		年齢	
氏名				性別	電話番号			
					FAX番号			
住所	〒 奈良市			Eメールアドレス				
				障害名				
				診断名				
障害の状況	障害者手帳取得状況	種類	等級	交付年月日と手帳番号		既往歴		
		身体	種 級	交付番号			入院先/入所先	
	記載内容				かかりつけ医			
		知的	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	交付番号			服薬状況	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	精神	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 番号	交付 有効期限			ジェノグラム	
家族構成など	氏名		続柄	年齢	職業	同居・別居の別		
保護者 (主な支援者)				続柄	連絡先			
住所	〒							
家族についての 特記事項								
経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害共済年金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし 年金額 _____ 円/月			成年後見	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	権利擁護 <input type="checkbox"/> 利用中	
	手当等	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> その他()			特記事項			
	課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護						
現在使っている福祉サービス等の状況について								
障害支援区分	介護保険区分		特記事項					

対象者氏名:

(2/2)

生育歴			
現在の置かれている状況			
地域移行・定着の必要性		今後の方針	

《地域定着支援事業用》

利用しているサービス・制度について	□相談	<input type="checkbox"/>		
		事業者名		
	□居住系	□グループホーム □ケアホーム □施設入所支援 □その他()		
		事業所名		
	□訪問系	□居宅介護(身体、家事、通院[身体有・身体無]、通院等乗降介助) □重度訪問介護 □行動援護 □重度包括 □同行援護 □移動支援		
		事業所名		
	□日中系	□生活介護 □療養介護 □自立訓練 □就労移行支援 □就労継続A □就労継続B □児童デイサービス □短期入所 □地域活動支援センター □日中一時支援 □その他		
	事業所名			
□デイケア	事業所名		□訪問看護	事業所名
	支給量			
緊急時の連絡先	氏名・事業所名	関係性	連絡先	備考
医療機関及び、関係機関との情報共有についての同意 【 可 ・ 否 】 特記事項				