

福祉サービスの利用

・ 主たる障害名

主たる障害名	
--------	--

・ 持っている手帳

身体障害者手帳 有・無	等 級	手帳の内容を転記（例：〇〇による△△機能障害）
	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
	1級・2級・3級・4級・5級・6級	
療育手帳 有・無	(A 1・A 2・A 3・B 1・B 2)	
精神障害者保健福祉手帳 有・無	1級・2級・3級	
その他		

1) 障害支援区分 ※18歳未満の場合、区分認定不要

障害支援区分	1・2・3・4・5・6	年 月 日～年 月 日
障害支援区分	1・2・3・4・5・7	年 月 日～年 月 日
障害支援区分	1・2・3・4・5・8	年 月 日～年 月 日

2) 相談支援事業所

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

3) 障害福祉サービス

(児童発達支援/放課後等デイサービス/短期入所/日中一時支援など)

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

4) 居宅介護（ヘルパー）

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

5) その他の福祉サービスの利用

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	歳 か月～ 歳 か月（年 月 日）

事業所名	
連絡先	
担当者氏名・職種	
支援内容	
支援期間	年 月 日～ 年 月 日

