

(参考様式)

勘案事項整理票

作成日： 年 月 日

対象者氏名：	
障害の種類および程度	身体障害者福祉手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳 疾病名
	障害支援区分 (区分) 非該当 1 2 3 4 5 6 (認定有効期間) 年 月 日～ 年 月 日
その他の心身の状況	
介護を行う者の状況	氏名： 本人との続柄： 年齢： 性別： 心身の状況： 生活状況等： (就労状況等を記入)
介護給付費等 または地域相談支援給付費 等の受給状況 障害児通所支援 または指定入所支援の 利用状況 (サービスの種類、支給量 および期間)	
介護保険給付に係る居宅サービスの利用の状況	(要介護度) 非該当 支1 2 介1 2 3 4 5 サービスの種類：
他の保健医療サービス または福祉サービス等 の利用状況	

<p>障害福祉サービスまたは地域相談支援の利用に関する意向の具体的内容</p>			
<p>当該障害者等の置かれている環境</p>	<p> <input type="checkbox"/> 単身世帯（18歳未満の児童との同居含む。）  <input type="checkbox"/> 重度障害者のみの世帯  <input type="checkbox"/> 介護者が介護できない。  <input type="checkbox"/> 就労により不在（<input type="checkbox"/> 週40時間超，<input type="checkbox"/> 週30時間～40時間）  <input type="checkbox"/> 障害，病気，高齢のために常時介護ができず，他者の支援が受けられない。  <input type="checkbox"/> 介護者が1人で，世帯に2人以上重度障害者（児）がおり，他者の支援が受けられない。  <input type="checkbox"/> 介護者が1人で，世帯に1人以上の重度障害者（児）と未就学児や要支援以上の高齢者を介護している場合で，他者の支援が受けられない。  <input type="checkbox"/> 介護者が介護できるが，障害，病弱，高齢等のため，一部介護ができない状態で，他者の支援が受けられない。  <input type="checkbox"/> 介護者が複数人の介護を要する。 </p> <hr/> <p>日中サービス等（一般就労，就学含む。）の利用が  <input type="checkbox"/> あり（週3以上） ， <input type="checkbox"/> ない（週3未満）</p>		
<p>当該申請に係るサービスの提供体制の整備の状況 （サービスの種類，利用予定事業者等）</p>			
<p>備考</p>			
<p>相談支援事業所名</p>		<p>作成者</p>	