（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 |  |
| 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 |  |
| 当該障害者等の置かれている環境 | * 単身世帯（18歳未満の児童との同居含む。）
* 重度障害者のみの世帯
* 介護者が介護できない。

□　就労により不在（□　週40時間超，□　週30時間～40時間）□　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。□　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。□　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。□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。□　介護者が複数人の介護を要する。 |
| 日中サービス等（一般就労，就学含む。）の利用が□　あり（週３以上）　，□　ない（週３未満） |
| 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） |  |
| 備考 |  |
| 相談支援事業所名 |  | 作成者 |  |