

※印は必ず記入してください。

勘案事項整理票

※氏名：		
※障害の種類及び程度	身体障害者福祉手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳 疾病名	(記載内容)
	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)	
介護給付費等又は地域相談支援給付費等の受給状況、障害児通所支援又は指定入所支援の利用状況	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
※ (該当者のみ) 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：	
※ (該当者のみ) 他の保健医療サービス又は福祉サービス等の利用状況		

※障害福祉サービス又は地域相談支援の利用に関する意向の具体的内容	利用目的等：
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
※当該障害者等の置かれている環境	
※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：
	サービスの種類： 利用予定事業者：
	サービスの種類： 利用予定事業者：
備考	

年 月 日 記入者：

※