福祉サービス利用状況

作成日：　　年　　月　　日　記入者：（　　）
更新日：　　年　　月　　日　記入者：（　　）

1．氏名等

本人	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日	年　月　日	
	氏　名					
手帳	身体	第　　号		種別級数	種	級
	療育	第　　号			種	級
	精神	第　　号			種	級
交付年月日		年　月　日		有効期限	年　月　日	
障害支援区分	区分		認定期間	年　月　日　～　年　月　日		

2．現在利用中のサービス

障害福祉サービス						
居宅支援	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
短期入所	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
施設	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
療育訓練発達支援事業	事業所名		担当		電話	
	サービス内容	理学療法（ＰＴ）作業療法（ＯＴ）言語療法（ＳＴ）				
	その他					
日中一時支援	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					

移動支援	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
放課後デイサービス	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
地域活動支援センター	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					
	事業所名		担当		電話	
	サービス内容					
	その他					

その他サービス					
補装具	補装具名				
	業者名		電話		
	交付	年　月　日 ・ 修理	年　月　日		
	補装具名				
	業者名		電話		
	交付	年　月　日 ・ 修理	年　月　日		
	補装具名				
	業者名		電話		
	交付	年　月　日 ・ 修理	年　月　日		
日常生活用具	用具名				
	業者名		電話		
	交付	年　月　日 ・ 修理	年　月　日		
	用具名				
	業者名		電話		
	交付	年　月　日 ・ 修理	年　月　日		
自立支援医療	病院名		電話		
	支給決定期間	年　月　日	～	年　月　日	
	内容等				
	薬局名		電話		
	支給決定期間	年　月　日	～	年　月　日	
	内容等				
自立支援医療（精神通院）	病院名		電話		
	支給決定期間	年　月　日	～	年　月　日	
	内容等				
	薬局名		電話		
	支給決定期間	年　月　日	～	年　月　日	
	内容等				
福祉医療	外来	１日　円まで（月２回）	入院	円まで（１ヵ月）	
	有効期間	年　月　日	～	年　月　日	

３．年金・保険・公的扶助等

障害基礎年金	級	円	（年額）
障害厚生年金	級	円	（年額）
障害共済年金	級	円	（年額）
特別障害者給付金	級	円	（年額）
障害年金（労災）	級	円	（年額）
遺族基礎年金	級	円	（年額）
遺族厚生年金	級	円	（年額）
遺族共済年金	級	円	（年額）
老齢基礎年金	級	円	（年額）
老齢厚生年金	級	円	（年額）
特別児童扶養手当	級	円	（月額）
特別障害者手当	級	円	（月額）
障害児福祉手当	級	円	（月額）
経過的福祉手当	級	円	（月額）
介護手当		円	（年額）
公的扶助		円	（月額）

4．週間ケア計画

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス	