様式第6号（第5条の2関係）

勘案事項整理票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | | | 年齢 |  | | 記入日 | | 年 月 日 | | | |
|  | | | | | | 性別 |  | | 記入者 | |  | | | |
| 障害の種類及び程度 | 身体障害者手帳  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： | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |  |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | |
| その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 | （当該障害者が居住する住居の立地、構造、生活環境等を記入） | | | |
| 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 |  | | | |
| 給付検討会の意見 |  | | | |