地域体制強化共同支援報告書

支援困難事例確認

　該当する項目欄に✓印をつけてください。

・必須

|  |  |
| --- | --- |
|  | ３事業所以上が共同して対応（相談支援事業所及び朝霞市障害福祉課を除く。世帯内で介入する支援者を含む。） |

・以下３つ以上該当

|  |  |
| --- | --- |
|  | 家族等から支援拒否、過干渉がある。家族等の支援力が不足している。または主たる介護者不在。 |
|  | 経済的問題を抱えている。または金銭管理が困難である。 |
|  | 虐待（身体的、性的、心理的、放棄・放置、経済的）がある。 |
|  | 障害特性上の困難さがある。または、自傷・他害がある。 |
|  | 医療の問題（未受診・通院中断、怠薬等）がある。 |

利用者情報・支援困難事例の概要

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな利用者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 障害名・病名 |  |
| 受給者番号 |  |
| 支援困難事例の概要及び課題 |  |

|  |
| --- |
| 市　　使用欄 |
| 担当確認 | 請求確認 |