

(別記様式)

共同支援会議報告書

地域体制強化共同支援 記録	相談支援事業所名		
	提出者		
開催日時	年 月 日		場所
参加者	所属(事業所名・機関名)		職種(例:Dr/MSW/CM)
	氏名(※敬称略)		
	①		
	②		
	③		
④			
会議の目的			
地域で共有したいことに☑を入れる	<input type="checkbox"/> 個別課題の解決 <input type="checkbox"/> 地域課題・ニーズの把握 <input type="checkbox"/> 横断的な連絡調整 <input type="checkbox"/> 地域づくり・資源開発 <input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点の運営への提案 <input type="checkbox"/> その他 ()		
障害種別	<input type="checkbox"/> 身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他) <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 医療的ケア		
ふりがな	支援区分 要介護度	非該当・支援区分1・2・3・4・5・6(児童) 非該当・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	
利用者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	生年月日	年 月 日 (歳)	
支援の経過			
現状			
支援上の課題			
協議した内容 ※課題への対応策(協議会への提案含む)等について			
地域課題			

【事務局記載欄】	記入日: 年 月 日
地域生活支援拠点等に必要機能	
加西市障害者地域自立支援協議会への報告	

加西市障害者地域自立支援協議会にて地域課題として提出します。

【同意欄】

私は、上記の加西市障害者地域自立支援協議会への個人情報の提供と、その利用について同意します。

年 月 日

印