|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | |
| ④ |  | | |  | | | |  | | | |
|
| 会議の目的 |  | | | | | | | | | | | |
| 地域で共有したいことに☑を入れる | □個別課題の解決　□地域課題・ニーズの把握　　□横断的な連絡調整  □地域づくり・資源開発　□地域生活支援拠点の運営への提案  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | | |
| 障害種別 | □身体（肢体・視覚・聴覚・内部・その他）　□知的　□精神　□発達　□難病　□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 | | | □男性　　　　□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な機能 | | | |  | | | | | | | | |  | | |
| 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

　　　　　　　　　　　　　　㊞