

「日常生活自立支援事業」対象者の状況

* 対象者の状況について、情報提供をお願いいたします。(分かる範囲で結構です)

フリガナ 対象者氏名	(男 ・ 女)	生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	〒		本籍地	
居住環境	持ち家・借家・集合住宅・施設など		電話番号	
病 歴				
直近の入院, 入所状況				
生活歴	学 歴		結 婚	
	子 ども			
	仕 事			
	そ の 他			
家族構成				
家族との関係				
・キーパーソン ・身元引受人 ・連絡が取れる 親族等	続 柄	氏 名	住 所	連 絡 先
本人の性格 特徴など				
相談内容				
その他の情報	①認定情報(要介護度など) ②障害手帳 ③介護・福祉サービスの利用状況 ④経済状況(年金の種類や給付額,貯金,借金など)			
備 考				