

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