

障害年金	種別	<input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済		等級	種
	初診日	年 月 日	障害認定日	年 月 日	
	現況届提出日	①	年 月 日	②	年 月 日
		③	年 月 日	④	年 月 日
備考					
傷病手当金 労災保険	受給開始日	年 月 日	受給終了	年 月 日	
	備考				
成年後見制度	種別	後見 <input type="checkbox"/> 補佐 <input type="checkbox"/> 補助	利用開始日	年 月 日	
	後見人等氏名				
備考					
その他、利用しているサービス等					

現在利用している医療機関、社会福祉機関



※支援が終了した際に右端の欄に✓を入れてください

機関名／利用開始日	担当者の職種・氏名	電話番号	支援終了したらチェック
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>
年 月 日～			<input type="checkbox"/>

※利用しているサービスや日課表があればファイルに添付してください