



各種手帳・利用しているサービス状況

身体障害者 手帳	等 級	種 級	交付年月日	年 月 日
	障 害 名			
	交付番号	第	号	
備考（再認定年月日等）				
精神障害者 保健福祉手帳	等 級	級	交付年月日	年 月 日
	障 害 名			
	交付番号	第	号	
備考（次回更新日等）				
療 育 手 帳	等 級	A ・ B	交付年月日	年 月 日
	障 害 名			
	交付番号	第	号	
備考（次回更新日等）				
障害者福祉 サービス 受給者証	受給者証番号			
	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	障害支援区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6		
備考（次回更新日等）				
介 護 保 険	要 介 護 度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	交付年月日	年 月 日		
	有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	介護支援専門員	機関名 担当者		
備考				

障 害 年 金	種 別	☐ 基礎 ☐ 厚生 ☐ 共済	等 級	級
	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	年 月 日
		③ 年 月 日	④ 年 月 日	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 ☐ 補佐 ☐ 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

※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

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～			☐
年 月 日～			☐
年 月 日～			☐
年 月 日～			☐
年 月 日～			☐