番　　　　　　号

令和　年　月　日

社会福祉法人○○○社会福祉協議会長　様

○○○福祉事務所長　印

日常生活自立支援事業（福祉サービス利用援助事業）利用契約に関する意見書

　標記事業利用契約に関する意見は下記のとおりです。

なお、○○○社会福祉協議会及び高知県社会福祉協議会への個人情報の提供については、本人より同意を得ています。

|  |
| --- |
| １．本人の状況※氏名、住所、生年月日、既往歴、月収、親族状況、要介護認定、障害者手帳の有無、障害支援区分、福祉サービス利用状況　等 |
| ２．本人の生活上の課題及び課題に対する本人の意向 |
| ３．保護の決定に至る経緯及びその後の援助・指導教示等の状況 |
| ４．現在の調査及び援助方針　※訪問調査の頻度及び援助方針、自立支援プログラムの有無 |
| ５．関係機関との連携※庁内関係各課、民生委員・児童委員、保健所、児童相談所、公共職業安定所、医療機関、介護サービス事業者、地域包括支援センター、障害福祉サービス事業者、警察等との連携状況 |
| ６．本事業による支援の必要性及び本事業に期待する役割 |

日常生活自立支援事業は、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な方の権利擁護に資することを目的として、それらの方が自立した地域生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助や福祉サービスの利用料の支払いなどの日常的金銭管理等を行うものです。