**照 会 状**

**【福祉関係機関用】**

平成 年 月 日

＜関係機関名＞御中

社会福祉法人 ○○○社会福祉協議会

印

会 長 ○ ○ ○ ○

住 所

連絡先

この照会状は、○○さんが、福祉サービス利用援助事業における福祉サービスの利用や日常的な金銭管理についての援助を受けるにあたって、本人の本事業における契約や支援計画への理解のたしかさ（契約締結能力）や本事業における援助の必要性（利用者のニーズやそれをとりまく環境等）を確認する際に、参考とさせていただくものです。

照会状に記載された内容は、この契約の可否を判断するための限られた職員のみが読み、秘密の保持を徹底いたします。

また、この照会状にお答えをいただくことに関しては、下記のとおり、○○さんの同意をいただいております。

つきましては、ご多忙のところ恐れ入りますが、以下の点についてご回答をお願いいたします。

【同意書】

私は、○○○社会福祉協議会が、私について、右記の情報を照会することに同意します。

印

サービス利用者氏名 ○ ○ ○ ○

住 所

【契約予定内容】

福祉サービスの利用援助

日常的金銭管理サービス

書類等預かりサービス

【照会事項】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | □高齢者：①認知症 ②その他（ ）  □障害者：①知的（手帳 ）  ②精神（手帳 ） | | | |
| 健康状態 | 往診（無・有）  通院（無・有：月・週 回） 通院方法（ ）  既往歴、判断能力の低下をきたす原因疾患、現在治療中の疾患など | | | |
| 家族や行き来のある親族とその状況 | 氏名 | 続柄 | | 連絡先等 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 第三者の支援の状況 | 支援提供者 | | 支援している内容 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| 在宅福祉サービスの利用状況 | □ホームヘルプサービス 週（月） 回  □デイサービス 週（月） 回  □ショートステイ 週（月） 回  □訪問看護 週（月） 回  □訪問リハビリテーション 週（月） 回  □訪問入浴 週（月） 回  □配食サービス 週（月） 回  □福祉用具サービス 週（月） 回  □移送サービス 週（月） 回  □友愛訪問 週（月） 回  □障害者支援施設 週（月） 回  □作業所 週（月） 回  □グループホーム 週（月） 回  □ | | | |
| 日常生活の状況と今後利用が考えられそうな福祉サービス |  | | | |
| その他、援助をするとき、特に配慮を要する事項など |  | | | |

【回答者氏名】

※上記の事項については、貴機関が把握されている範囲でご記入ください。