**照 会 状**

**【医療関係機関用】**

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、その援助に関する契約（具体的には下記のとおり）を締結する能力があるかどうかを確認する際に、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解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】

（１）現在、本人の意思にそって左記のような援助が計画されておりますが、この契約が本人または周囲の人に、著しい不利益をもたらす可能性はないでしょうか。

a．ない

b．ある

c．わからない

懸念される点を具体的にご記入ください

（２）最近１年間の変化と、現在の状態についてお知らせください。

a．１年前からほぼ安定している、または改善している

b．今は落ち着いているが、激しい動揺があった

c．その他

懸念される点を具体的にご記入ください

（３）今後の見通しや、○○さんの援助をするとき、特に注意すべきこと等があれば、ご記入ください。

【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。