|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ⅱ－２** |  | サポート　一覧（スマイルプラン「支援関係」代用可） |  | 記載年月日　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  | 記載者 |
|  |  |  | 続　柄 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家族や友人からの支援 | 名　　　　前 | 続　柄 | 連絡先（住所・電話番号） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |
| 医療に関する支援 | 機関名（主治医） | 利用項目（利用期間） | 連絡先（住所・電話番号） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |
| 生活・福祉に関する支援 | 機関名（担当者） | 支援項目（利用期間） | 連絡先（住所・電話番号） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |
| 余暇・学習・療育に関する支援 | 機関名（担当者） | 支援項目（利用期間） | 連絡先（住所・電話番号） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |
|  |  |  | （　　　） |