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

	名　　前	続　柄	連絡先（住所・電話番号）	
家族や友人からの支援				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）

	機関名（主治医）	利用項目（利用期間）	連絡先（住所・電話番号）	
医療に関する支援				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）

	機関名（担当者）	支援項目（利用期間）	連絡先（住所・電話番号）	
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				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）
				（　　）