

(様式2)

【支援者役割分担シート】

このシートは、福祉サービスの利用や入院・入所の際に、本来なら家族等に依頼する役割を、本人を支える支援チームで分担するものです。

会議の日	年	月	日	本人の氏名	様
本人の参加	☐ あり ☐ なし	氏	名	所属・関係	連絡先
参集者					

役割項目	窓口となる者	支援内容
緊急連絡先に関すること	担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足)	緊急時の連絡を受ける。 ※内容に応じて、それぞれの窓口になる者に連絡をする
	担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足)	サービスの調整に関する相談及びケアプラン等への署名
利用料の支払い等金銭管理に関すること	担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足)	本人の預貯金から利用料等の支払いを行う
	担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足)	入院・入所の際に必要な物品の購入等
退院・退所に関すること	担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足)	退院・退所先の確保
	担当者名： 電話番号： 関係・所属： (補足)	
その他		

年 月 日

本人署名

代筆者

印

印

利用者との関係 ()