様式第 33－1 号

文書番号　第　　号
令和　　年　　月　　日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会　事務局長　様

社会福祉法人　　社会福祉協議会
会　長　　印

意思能力喪失後の支援実施計画書

下記利用者について、福祉サービス利用援助契約にもとづいて定めた意思能力喪失後の支援計画の記載にしたがって以下のとおり援助を実施することとなったため、報告します。

記

利用者氏名			
生年月日	○○　　年　　月　　日	年齢	歳
契約締結日	令和　　年　　月　　日		
意思能力喪失後の支援計画作成日	令和　　年　　月　　日		
意思能力喪失後の支援計画開始日	令和　　年　　月　　日		
利用者の意思能力の状況や生活状況			

様式第 33－1 号

【使用通帳】

金融機関・支店名	種別	通帳番号 口座名義人	現在高	届出印鑑
			円 （令和　年　　月　　日　現在）	

【援助の内容、方法】

訪問回数と１回毎	□毎月・□毎週　（　　）回	払戻の方法	□代理人届による
現金の手渡し者	氏名 所属機関名 利用者との関係		
支援する手続き	□　医療費や公共料金、税金、社会保険料、家賃、日用品などの代金の支払い □　各種福祉サービスの利用にかかる諸費用等の支払い及び手続き □　意思能力喪失後の支援計画書で定めた預貯金の解約等にかかる手続き		