様式第５－２号

照　会　状

この照会状は、＿＿＿＿さんが、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理についての支援を受けるにあたって、その支援に関する契約（契約の内容は下記のとおり）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、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ついては、下記同意書のとおり、ご本人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、下記の照会事項についてご回答をお願いいたします。

なお、ご本人の病名や治療状況等について(3)にご記入いただければ幸いです。

連絡先　　社会福祉協議会　印
電話番号
担当者

【同意書】

私は、　　社会福祉協議会が、私について下記の情報を照会することに同意します。

令和　　年　　月　　日

サービス利用(希望)者　氏名　　印
住　所

【照会事項】

現在、本人の希望にそって次のような支援が計画されています。

□　福祉サービスの利用のお手伝い
□　日常の生活にかかわる金銭管理のお手伝い
□　通帳や証書類、はんこなど大事なものの保管

（具体的に：　　）

(1) 地域での生活を継続していく上で、他に支援すべき点はありますか。

ａ．ある
（援助すべき点：　　）
ｂ．ない
ｃ．わからない

(2) 本人の病状等について、現在の状態と、サービス契約を行うための判断能力についてお尋ねします。

ａ．病状はほぼ安定しており、諸事情を総合的に勘案したところ、このサービスを受けるための判断能力はあるものと考えます。
ｂ．このサービスを受けるための判断能力については疑問があります。
（具体的に：　　）
ｃ．　わからない

(3) その他、病名や治療状況（投薬内容等を含む）について可能な範囲でご記入ください。

（　　）

令和　　年　　月　　日
ご署名　　印
住　所