様式第６－２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

意思能力等審査依頼書

下記の方について、日常生活自立支援事業における福祉サービス利用援助契約を締結する能力等の審査をお願いいたします。

記

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日生　（　　歳）

１．審査依頼事由

□初回の契約締結
□支援計画の変更
□意思能力喪失（意思能力喪失後の支援計画への変更）
□契約の解約
□その他（　　）
特に審査を求める点

（　　）

２．希望または受けているサービス

■福祉サービスの利用援助
□日常の金銭管理サービス（金銭管理用の通帳の預かりを含む）
□おおむね1,000万円までの預貯金通帳・証書等の預かりサービス
□その他の書類等の預かりサービス

（添付書類）１．福祉サービス利用援助申込書（様式第2号）
２．相談受付票（様式第１号）
３．訪問記録票（様式第3号）またはケース記録
４．個人台帳（様式第4号）
５．契約締結ガイドライン（様式第5号）（照会状含む）
６．その他参考資料
７．意思能力喪失後の支援実施計画書（作成している場合）