

# ソーシャルサポート状況(福祉支援)

(記入日) 年 月 日

## 福祉に関する手帳の取得に関する内容

療育手帳	A ・ B	
	取得年月日	年 月 日
	番 号	第 号
精神障害者 保健福祉手帳	1 ・ 2 ・ 3 級	
	取得年月日	年 月 日
	番 号	第 号
身体障害者手帳	視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ・ 内部	
	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級	
	取得年月日	年 月 日
	番 号	第 号

## 利用している福祉制度やサービスに関する内容

福祉制度名/サービス名 (デイサービス等)	事業所・担当者名