



現在の支援マップ

シート4

—支援体制及び連絡先など—

記入日 年 月 日
年生 (歳)

主な所属先 (学校名・組・学級など)

.....

.....

.....

家 族 (同居の有無)

.....

.....

.....

.....

相談機関

.....

.....

.....

.....

医療機関

.....

.....

.....

.....

使っている地域のサービスなど

.....

.....

.....



療育などの機関

.....

.....

.....

好きなこと、好きな場所
苦手なこと、苦手な場所

.....

.....

.....

.....

その他 ()

.....

.....

.....

このシートは、
日ごろ思っていることや伝えたいこと、わか
ていてもらいたいことなど自由に記載できま
す。

☆ 願い ☆

.....

.....

.....

.....

連絡先の一覧

名称	名前（担当者など）	連絡先

記載内容に変更が生じた時は、適宜更新しましょう。



診断名： _____

療育手帳 ＜交付日＞ 年 月 交付	手帳番号 級	① 次回更新の時期 年 月 級	② 次回更新の時期 年 月 級	③ 次回更新の時期 年 月 級
身体障害者手帳 ＜交付日＞ 年 月 交付	手帳番号 級	① 次回認定の時期 年 月 級	② 次回認定の時期 年 月 級	③ 次回認定の時期 年 月 級
精神保健 福祉手帳 ＜交付日＞ 年 月 交付	手帳番号 級	① 次回更新の時期 年 月 級	② 次回更新の時期 年 月 級	③ 次回更新の時期 年 月 級
特別児童 扶養手当	有 ・ 無	級	支給時期(2年更新) 年 月から	次回更新時期 年 月 ・ 年 月 年 月 ・ 年 月 年 月 ・ 年 月

メモ

