**私の気持ち応援シート**

　　あなたの万一に備えて、必要と思われる支援内容に応じ、支援者とともに担うことを想定するためのシートです（身元保証人等に求められる役割を分けて整理しています）。あなたを含めた支援者のチームで協議した上で作成し、支援者と共有してください。

22

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 私の困り事 | 支援内容 | 支援方法・担当者など | 今後の準備 |
| 1. 福祉に関するサービス等の利用手続き
 | 各種利用契約、介護・福祉サービス、診療計画の説明を聞き、本人の意思に基づき署名を行います。 | 連絡先： |  |
| 1. 料金の支払いやお金の管理
 | 本人の預貯金等から利用料や医療費の支払いを行います。 | 連絡先： |  |
| 1. 施設や病院で必要な物品の準備
 | 施設入所・病院入院中の際に必要な物品の購入や準備に協力します。 | 連絡先： |  |
| 1. 病院受診や入院・手術等するときの手続き
 | 医療機関の受診が必要になった場合の同行、入院等の手続き、本人の医療同意（対応の協議）に協力します。 | 連絡先： | エンディングノート：　あり　・　なし |
| 1. 退所や退院の手続き
 | 施設・病院の居室の明け渡しや退所・退院先の確保に協力します。 | 連絡先： |  |
| 1. 亡くなった後の手続き
 | 万一亡くなられた際の遺体・遺品の引き取り、葬儀・納骨等のための連絡調整などに協力します。 | 連絡先： |  |
| 確認・共有事項（私の想いなど） |  |

入所・入院時など必要に応じて、関係機関に本シートが情報提供されることに同意します。

作成年月日　２０　　年　　　月　　　日（次回見直し時期：　　　　　　　　　）　本人署名