様式1

＜多機関協働事業＞申込事前チェックシート

申込日：　　年　　月　　日

■申込者情報

所属機関	
ふりがな	
担当者氏名	
連絡先	
対象者名	

■多機関協働担当　記入欄

受付番号（相談受付・申込票と同じ番号）：
受付日：　　年　　月　　日
受付者：

■確認欄　※A～F･Hは該当する項目にチェックしてください。

A　多機関での対応が必要な状況（すべて該当）	□ 過去に同一ケースの申し込みがない（新たな課題が生じた場合を除く）
	□ 単一の支援機関のみでは対応が困難、または限界がある
	□ 複数の分野にまたがる課題がある、またはその可能性がある
	□ 支援機関間の調整や役割分担が必要である
B　支援に関わる分野（1つ以上該当）	□ 高齢者　□ 障害者　□ 子育て　□ 生活困窮　□ 若者
	□ その他（　　）
C　現在の支援の状況（1つ以上該当）	□ 主担当となる支援機関が決まっていない、または不明確である
	□ 本人だけでなく、世帯全体での課題把握が必要である
	□ 既存の支援や会議体では対応が進んでいない、または改善が見られない
	□ 支援の空白や支援の切れ目が生じている
D　既存の会議体等での検討状況（1つ以上該当）	□ 当該ケースを検討する既存の会議体がある
	□ （会議体がある場合）既存の会議体で対応を検討した
	□ （会議体がない場合）所属機関内又は関係機関との支援体制の中で対応を検討した
E　会議検討に向けた整理（1つ以上該当）	□ 会議において整理・検討すべき事項がある程度明確である
	□ 参加が必要と考えられる機関を想定できる
	□ 会議後に支援体制（主担当・役割分担）を設定できる見込みがある
F　緊急性の有無（該当する場合にチェック）	□ 緊急性が高い（虐待疑い・生活破綻等）
G　多機関協働が必要と考える理由（必須）	（他分野の関わりが必要だと思われる課題や本人の希望など）
H　会議の開催目的（1つ以上該当）	□主担当を決めたい
	□各支援機関の役割（関わり方）を整理したい
	□緊急時の対応を整理したい
	□本人への接触方針（対応の方向性）を統一したい
	□本人だけでなく、世帯を含めた支援の全体像を把握・共有したい
	□その他（　　）
I　会議に参加してほしい支援機関（必須）	