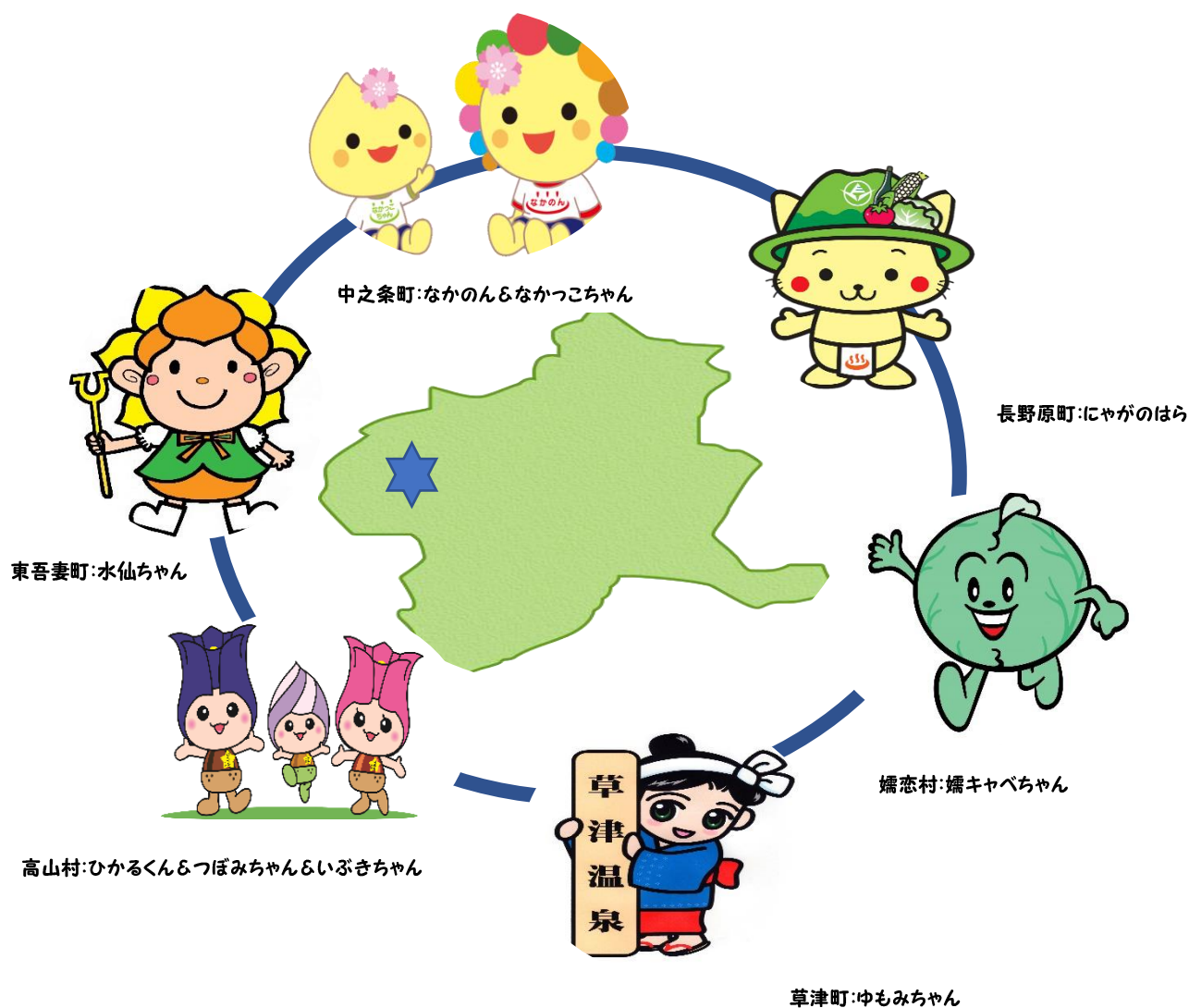


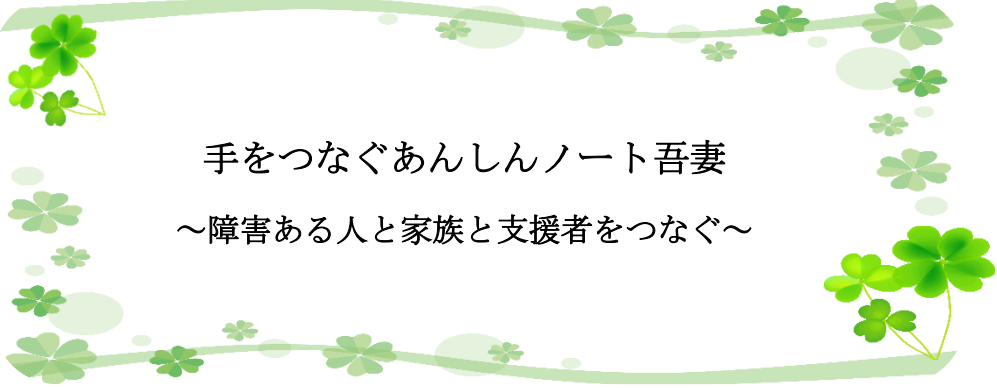
# 手をつなぐ あんしんノート吾妻

～障害のある人と家族と支援者をつなぐ～



名前

吾妻郡手をつなぐ育成会



## 手をつなぐあんしんノート吾妻 ～障害ある人と家族と支援者をつなぐ～

### 【思い】

私たち吾妻郡手をつなぐ育成会は「安心して豊かに暮らせる地域づくり」を目標に活動しています。どんな障害があっても“誰もが生まれてきた生命を、精一杯輝かせて生きられますように”と願っています。

障害のある子どもを育てていると、いろいろな手続きのためにたくさんの書類が出てきます。そんな時「親の私にもしものことがあったら…」この子はどうなるの？

気づけば私だけが知っていることばかり…

学校や福祉サービスなどを利用するときには、子どもの特性や日々の様子などを伝えることがとても重要になります。その情報を一つにまとめることができれば、家族の誰でもが共有でき、必要な時に必要な人にきちんと伝えられるはずです。

一つにまとめるもの…それが「手をつなぐあんしんノート吾妻」です。



### 【願い】

障害をもった子どもには、切れ目のない支援が必要です。でもその時々で支援者が変わります。子どもが日常生活を送るために必要な情報や本人の思い、家族の願いが一つにまとまっていたら支援を託す人につなぐことができます。

「手をつなぐあんしんノート吾妻」は、子どもが小さい時には成長記録として、また高齢になった親にとっては、親亡き後のことをきちんと考えられるツールです。記録をすることは“親亡き後を親あるうちに”しておく重要なことです。

私たちは、子どもの暮らしを大切にしながらその世界を広げていき、本人から親、親から社会へと心がつながるノートになるよう願っています。

将来の「安心」を少しでも増やすために、このノートを一緒に書いてみませんか？

※このノートは、記入してどこかに提出するものではありません。もちろん全部記入する必要もありません。

# も く じ

## 1、私(本人)の自己紹介

- (1) 私のこと (part 1・2・3) . . . . . 2～
- (2) 私ってこんな人 (part 2) . . . . . 5

## 2、私(本人)の日常生活

- (1) 暮らしを支えてくれる輪 ～仲間と支援者と家族～ . . . . . 6
- (2) 連絡先 <仲間と支援者たちの連絡先> <家族、親戚などの連絡先> . . . . . 7～
- (3) スケジュール (平日) (休日) (生活のサイクル) . . . . . 9～
- (4) 関係機関の履歴一覧 <通園、学校、就労、福祉サービスなどの履歴> . . . . . 12  
<医療関係、療育・発達相談機関などの履歴> . . . . . 13

## 3、私(本人)の基本情報

- ①住民基本台帳、印鑑登録有無、療育手帳、受給者証 . . . . . 14
- ②成年後見人 (決まっている場合) . . . . . 15
- ③年金・手当て・医療費助成など . . . . . 15
- ④健康保険、介護保険、医療・傷害保険など . . . . . 16
- ⑤自動車関係の優遇措置 . . . . . 16

## 4、健康管理

- ①かかりつけの病院 . . . . . 17
- ②薬の服用の仕方 . . . . . 18
- ③アレルギー . . . . . 19
- ④発作、てんかん、パニック症状など . . . . . 19
- ⑤定期健康診断 . . . . . 19
- ⑥予防接種履歴 . . . . . 20
- ⑦過去の大きな病歴 . . . . . 20
- ⑧健康面での特記事項 . . . . . 20
- ⑨医療的ケア . . . . . 21

## 5、私(本人)のライフプランと親なき後を考える

- (1) 私(本人)のライフプラン(現在～10年後～親なき後) . . . . . 22～
- (2) 日常生活費(生計)のこと . . . . . 24～
- (3) 親なき後を考える
  - ① 成年後見人をお願いしたい人 . . . . . 26
  - ② 親(保護者)が、任意後見契約を結んでいる場合 . . . . . 26
  - ③ 日常生活自立支援事業(福祉サービス利用援助事業)  
契約を結んでいる場合 . . . . . 26
  - ④ 私(本人)が願うこと . . . . . 26
  - ⑤ 兄弟姉妹からのメッセージ . . . . . 27
  - ⑥ 親の思い(父、母) . . . . . 27
  - ⑦ 親の死亡時のこと . . . . . 28
  - ⑧ 親の遺産分与の考え方 . . . . . 29
  - ⑨ 私(本人)が死亡したら… . . . . . 29

## 6、手帳、保険証、預金通帳など重要書類の保管場所一覧表 . . . . . 30

# 1. 私(本人)の自己紹介

(ふりがな)	( )	よび名
名 前	(男・女)	
生 年 月 日	(和暦) 年 月 日	血液型( Rh + - )
	(西暦) 年	
手 帳 情 報	療育手帳 (番号)	(等級)
	身体障害者手帳 (番号)	(等級)
住 所		
電 話 番 号	自宅	携帯

## 【緊急連絡先 家族等】

(ふりがな) 氏 名	続 柄	住 所	連 絡 先
( )			電話 携帯
( )			電話 携帯
( )			電話 携帯
( )			電話 携帯

## 参考 【自己紹介】

所 属		
服 薬	あり (健康管理参照)	• なし
成年後見人	つけている	• つけていない



記入者 氏名：

続柄：

# 1、(1) 私のこと(part 1-1)



介助や配慮が必要なこと等

## コミュニケーションについて

本人からの表現のしかた

- ・ 要求
- ・ 理解
- ・ 拒否

相手からの指示のしかた

- ・ 伝え方
- ・ 禁止

## パニックについて

- ・ パニックの様子
- ・ 起こる原因
- ・ 対応（よい対応、良くない対応）

## 飲食について（食事・間食等）

- ・ 好きな食べ物
- ・ 嫌いな食べ物
- ・ 食べる時の配慮
- ・ アレルギーのこと
- ・ 食事形態
- ・ 食事療法
- ・ 咀嚼・嚥下等
- ・ 水分補給方法
- ・ 他

# 1. (1) 私のこと(part 1-2)

## トイレについて

- ・ 排尿
- ・ 排便
- ・ 生理
- ・ 着脱介助
- ・ 便器への移乗
- ・ 声掛け・見守り
- ・ 他

## 整容・買い物

### 整容

- ・ 散髪
- ・ 髭剃り
- ・ 化粧
- ・ 爪切り・耳清掃
- ・ 特記事項

### 買い物

## 衣服

- ・ 衣服の着脱
- ・ 衣服の着脱時の温度調整
- ・ 洋服のサイズ 上
- ・ 洋服のサイズ 下
- ・ 靴のサイズ
- ・ ウエストのサイズ
- ・ 他

## その他

- ・ お金の管理等について
- ・
- ・
- ・
- ・



# 1、(1) 私のこと(part 1-3)

## 移動・睡眠・入浴の様子について

### 移 動

- ・ 移動 .....
- ・ 移動する器具 .....
- ・ 声掛け・見守り .....

### 睡 眠

- ・ 睡眠の様子 .....
- ・ 起床の様子 .....

### 入 浴

- ・ 入浴の様子 .....
- ・ 洗顔の様子 .....

### 他

- .....
- .....



## 健康状態や配慮が必要なこと



### 不調・痛みの訴え方

- ・ ことば
- ・ 行動
- ・ しぐさ

### 眼の状態

- ・ 眼鏡使用の有無
- ・ 白内障・緑内障

### 耳の状態

- ・ 補聴器使用の有無
- ・ 口腔の状態

### 拘縮・麻痺の状態

- ・ 上肢の状態
- ・ 下肢の状態
- ・ 痛みの状態

### 皮膚の状態

- ・ 褥瘡の有無
- ・ アトピー等の有無

### 発作について

- ・ 頻度
- ・ 様子
- ・ 発作後の対応
- ・ 特記事項

## 1. (2) 私ってこんな人(part 2)

### 生育歴(母子手帳より)

出産時の状況、発達の履歴

### 私(本人)の気持ち

(やりたいこと、性格など)



### エピソードで私ができる

- ・ 成長、個性がわかるできごと
- ・ つまづきの場面（反抗期・思春期・更年期・老化など）と、その対応
- ・ 家族に変化があったときの本人の様子
- ・ 他

### その他

(こだわり、お気に入りグッズや場所など)



## 2. 私(本人)の日常生活

(1)暮らしを支えてくれる輪 ～仲間と支援者と家族～ ( 年 月時点)

(どこの誰だれさん、場所など)

医療関係(かかりつけ医、  
専門医など)

名称

担当者

電話

他

家族・親族

名前

関係

電話

他

学校・通所先・就労先など

名称

担当者

電話

他

住まいの場(グループホーム、  
入所、自宅)

名称

担当者

電話

他

余暇、社会参加(児童デイ、  
移動支援、ヘルパーさんなど)

名称

担当者

電話

他

私の写真を貼ってね

名前・愛称

権利擁護関係  
(役場のひと、  
成年後見人、相談窓口など)

名称

担当者

電話

他

友達、お母さんの友達  
コミュニティフレンド、  
ご近所さんなど

名前

関係

電話

他

習い事・サークル、  
よく行く所・お店など

名称

担当者

電話

他

## 2、(2) 連絡先



### ① <仲間と支援者たちの連絡先> (家族は次ページ)

(ふりがな)	間柄 (支援者、先生、友人等)	所属と連絡先		備考
		所属・住所	電話	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	
			電話 携帯	

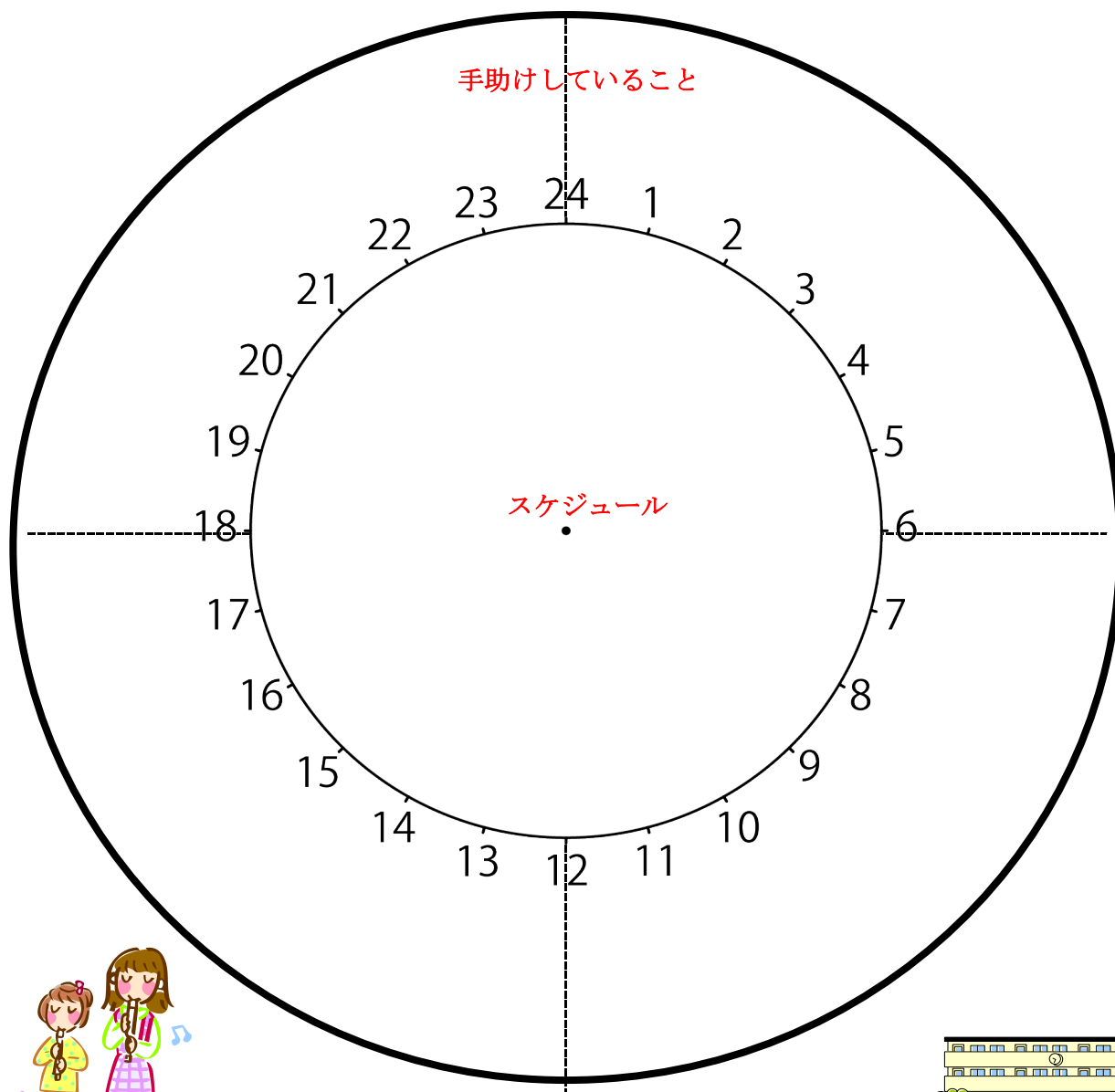
## 2、(2) 連絡先



### ② <家族、親戚などの連絡先>

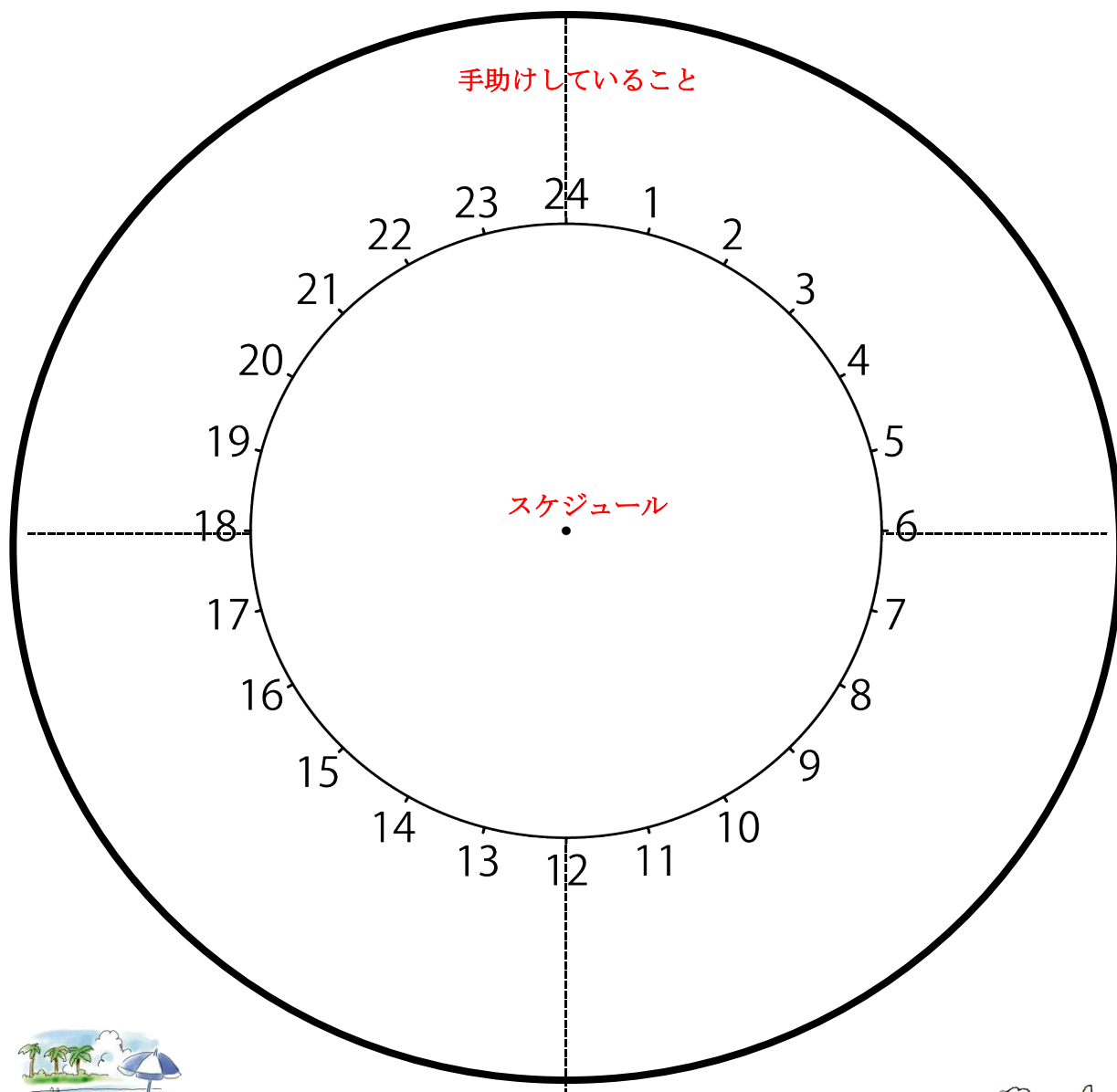
(ふりがな) 氏名 (生年月日)	性別	連絡先：住所		備考
		住所	電話	
( )  年 月 日		〒	自宅 携帯 職場	関係：保護者 職業： 同居： その他：
( )  年 月 日		〒	自宅 携帯 職場	関係：保護者 職業： 同居： その他：
( )  年 月 日		〒	自宅 携帯 職場	関係： 職業： 同居： その他：
( )  年 月 日		〒	自宅 携帯 職場	関係： 職業： 同居： その他：
( )  年 月 日		〒	自宅 携帯 職場	関係： 職業： 同居： その他：
( )  年 月 日		〒	自宅 携帯 職場	関係： 職業： 同居： その他：

## 2.(3) スケジュール (平日)



**【補足メモ・留意点】** 親がどんな手助けをしているのか。(例えば歯磨きの様子)  
自分で出来ること。 夜、就寝中のことなど。

## 2.(3) スケジュール (休日)



**【補足メモ・留意点】** 余暇についてどんな手助けをしているのか。  
自分で出来ること。 必ずすることなど。

## 2. (3) スケジュール(生活のサイクル)



### <週間>

曜日	月	火	水	木	金	土	日
活動							
1週間サイクルで、配慮していることなど。							

### <年間>

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
活動												
年間サイクルで配慮していること、好きな余暇、外出場所、支援者のことなど。												







### 3、私(本人)の基本情報

#### ① 住民基本台帳、印鑑登録有無、療育手帳、受給者証

ふりがな 氏名	性	生年月日	血液型	学校・職場・施設名
	男 女	年 月 日	Rh +-	(電話)
住所 (電話)				
(住民票登録) 〒				
( )				
(主な生活の居場所) 〒				
( )				
(本籍地)				
住民基本台帳番号		印鑑登録証明 あり なし		
住民基本台帳カード		あり なし		

療育手帳	発行者	手帳番号	障害程度	次の判定年月	更新窓口
その他 障害者手帳名など	発行者	手帳番号	障害名・等級	次の判定年月	更新窓口

サービス受給者証	発行者	受給者証番号	サービス内容、期間、支給量など
障害福祉サービス 受給者証			障害支援区分
			利用者負担上限月額
地域生活支援事業 受給者証			利用者負担上限月額

### 3、



#### ② 成年後見人（決まっている場合）

後見類型	ふりがな 氏名 (生年月日)	性別	住所 (電話)
	( ) 年 月 日	男 女	( )
	( ) 年 月 日	男 女	( )

#### ③ 年金・手当て・医療費助成など

名称	証書番号コード・級	受給年額：円	受け取り金融機関
① 国民年金・厚生年金 保険年金証書 (種類) 障害基礎年金証			
② 心身障害者扶養年金共済		(保護者死亡後、 終身年金として受給)	
③			
④			
補足欄：年金の手続き、支給条件など特記事項			

### 3.



#### ④ 健康保険、介護保険、医療・傷害保険など

保険の名称	発行者	記号・番号	有効期限	保険料の支払い方法	備考
健康保険				・口座引落し ・窓口現金、ATM 振込 ・他 ( )	扶養の場合の 世帯主名 ( )
介護保険				・口座引落し ・窓口現金、ATM 振込 ・他 ( )	原則 65 歳 以上になると 保険証交付
生活サポート 総合保障	・ジェイアイシー			・口座引落し ・窓口現金、ATM 振込 ・他 ( )	入院給付等 (付添介護、 差額ベッド他)
				・口座引落し ・窓口現金、ATM 振込 ・他 ( )	
				・口座引落し ・窓口現金、ATM 振込 ・他 ( )	
<p>補足欄</p> <p>医療費の助成について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 吾妻郡（中之条町・長野原町・嬭恋村・草津町・高山村・東吾妻町）の助成</li> <li>・ 自立支援医療費助成</li> </ul>					

#### ⑤ 自動車関係の優遇措置



種類	対象車両 ナンバー	期限	管轄	手続き、更新等
自動車税 自動車取得税減免・免除			吾妻行政県税事務所 0279-75-3300	車購入時、業者に委託して手続き 毎年申請
駐車禁止除外			群馬県公安委員会 警察署	所轄の警察署で申し込み
有料道路通行料割引 おもいやり駐車場			各町村役場	担当課で書類を作成し高速道路会社 に郵送、ETC登録

## 4、健康管理

### ①かかりつけの病院[定期的の場合、定期とその頻度を記入]

病 院 名	所 在 地 (電 話)	診 察 科 主 治 医	病 名		通院の 同 伴 者
			常 用 薬		
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者
	( )	定期的、不定期	あり	なし	支援者 保護者

# 4、

## ②薬の服用の仕方 (お薬手帳あり・なし)



薬名 (病院名)	服用のタイミングと量	飲ませ方	保管場所
1 ( )	効能 服用 時 量		
2 ( )	効能 服用 時 量		
3 ( )	効能 服用 時 量		
4 ( )	効能 服用 時 量		
5 ( )	効能 服用 時 量		
6 ( )	効能 服用 時 量		
7 ( )	効能 服用 時 量		
8 ( )	効能 服用 時 量		
9 ( )	効能 服用 時 量		
10 ( )	効能 服用 時 量		
11 ( )	効能 服用 時 量		
12 ( )	効能 服用 時 量		
13 ( )	効能 服用 時 量		
14 ( )	効能 服用 時 量		
15 ( )	効能 服用 時 量		

#### 4、③ アレルギー(食物、環境、物質など)について



アレルギーの種類	症状	対応・治療法

#### ④ 発作、てんかん、パニック症状など

発作、てんかん等	症状	対応・治療法

#### ⑤ 定期健康診断

実施病院	実施年月日	検査項目	備考
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
補足欄 (診断項目に入れて欲しいことなど)			

## 4、⑥ 予防接種履歴

予防接種名	実施日	年齢	予防接種名	実施日	年齢
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	
	年 月 日			年 月 日	

補足欄

- ・インフルエンザ予防接種を毎年受けるか、受けないか。理由。
- ・母子手帳のコピー等を入れる

## ⑦ 過去の大きな病歴

病名	病院名	病気期間	現況	備考 手術歴など
		(入院期間)		
		( )	完治 療養中 ( )	
		( )	完治 療養中 ( )	
		( )	完治 療養中 ( )	
		( )	完治 療養中 ( )	

## ⑧ 健康面での特記事項

- ・睡眠のこと
- ・具合の悪い時、早目の気づきの為の具体的な様子・ポイント
- ・他



## 4、⑨医療的ケア



### 医療的ケア

導尿方法

痰吸引方法

気管切開ケア

経管栄養方法

その他

•

•

### 生活上の注意配慮事項

### 姿勢保持に関する事項



## 5. 私(本人)のライフプランと親なき後を考える

(1)私(本人)のライフプラン (現在～10年後～親なき後)  
 年 月 日 記入者名 ( )

福祉サービス・社会資源	現在の状況	10年後～親なき後 (親が関われなくなった場合も)
1. 住まい (自宅、グループホーム、 ひとり暮らし、入所など)		希望者 本人・家族 ( )
2. 働く・通う・学ぶ (学校、日中活動、就労、 送迎など)		希望者 本人・家族 ( )
3. 社会参加・余暇 (休日、放課後、 障害学習や本人活動など、 暮らしを彩るものは?)		希望者 本人・家族 ( )
4. 生活支援 (家事援助、身体介護など)		希望者 本人・家族 ( )
5. 所得保障 (年金、手当、貸金など)		希望者 本人・家族 ( )

## 私(本人)のライフプラン (現在～10年後～親なき後) **続き**

福祉サービス・社会資源	現在の状況	10年後～親なき後 (親が関われなくなった場合も)
<b>6. 医療・健康管理</b> (専門医療、かかりつけ医、健康診断など)  入院時の対応 (連絡先、付き添う人、費用負担方法など)		希望者 本人・家族 (       )
<b>7. 権利擁護</b> (成年後見、日常生活自立支援事業など)		希望者 本人・家族 (       )
<b>8. 相談支援</b> (窓口、相談者)		希望者 本人・家族 (       )
<b>9. 緊急時・非常時の生活のこと</b> 登録介護者事業、短期入所等 (将来の準備、体験ホーム)		希望者 本人・家族 (       )
<b>その他</b>		希望者 本人・家族 (       )

## 5、(2) 日常生活費(生計)のこと (親なき後の収入、支出を想定してみましょう！)

### < 収入 >

科 目	金額 (年額または月額) 円	備 考
障害基礎年金		
その他年金・手当		
工賃・給料収入		
雑収入 (医療助成、補助など)		
不動産収入		
その他		
収入合計		

### < 支出 >

科 目	金額 (年額または月額) 円	備考 (使い方など)
食費・光熱費・日用雑費・ 住居費など	自宅 他	
衣服費・こづかい・余暇		
医療費		
交通費・駐車料金		
福祉サービス利用料		
税金・保険料		
会費・賛助会費・協力金など		
その他		
支出合計		

## 生計 補足欄

(現在の生計の収支を整理して、親なきあとの生計が成り立つようにお書き下さい。  
どんなお金の使い方で本人の暮らしが豊かになるか・・・

本人と親の思いを伝えてください)

\* 収入年額 － 支出年額 ＝ 円

\* 赤字の場合： 現在はどこから補填しているのか。

親亡き後の補填はどうするのか。

\* 黒字の場合：

\* 生計の基本的な考え方について

\* お金の使い方について

・身の回り品、衣服などの購入について

・小遣い、余暇費用の希望



## 5、(3)親なき後を考える

### ①成年後見人をお願いしたい人

(程度による類型:  
後見、保佐、補助)

後見：日常の買い物にもかなりの支援が必要。  
保佐：重要な財産行為には支援が必要。  
補助：ほぼ出来るが、危惧があり、本人の利益のために支援が必要。

\*親や本人の思いを託せる人を、経済的な面と生活支援面に分けて考えてみましょう。  
\*現在、親が成年後見人となっている時は、後継の人(託したい人)を書く。

(ふりがな) 氏名	住所 (電話)	本人との 関係	現状
	( )		<input type="checkbox"/> 了解を受けている <input type="checkbox"/> お話はしてある <input type="checkbox"/> まだ話はしていない
	( )		<input type="checkbox"/> 了解を受けている <input type="checkbox"/> お話はしてある <input type="checkbox"/> まだ話はしていない
	( )		<input type="checkbox"/> 了解を受けている <input type="checkbox"/> お話はしてある <input type="checkbox"/> まだ話はしていない

### ②親(保護者)が、任意後見契約を結んでいる場合

(氏名 ) (公正証書契約番号 )  
(住所 ) 電話 )

### ③日常生活自立支援事業(福祉サービス利用援助事業)契約を結んでいる場合

(基幹的社会福祉協議会名称 )  
(専門員氏名 ) (電話 )

### ④私(本人)が願うこと(こんな暮らしがしたい)

## 5. (3)

(支援者に伝えたいこと・本人の将来的な暮らし等)

### ⑤兄弟姉妹からのメッセージ



### ⑥親の思い

お父さんから



お母さんから



## 5.(3)

### ①親の死亡時のこと



#### < 親の葬儀、墓、供養など >

父:

母:

#### < 親の訃報の連絡先(主たる連絡先) >

ふりがな 氏名	住所 (電話)	親との関係	備考
	( )		
	( )		
	( )		
	( )		
	( )		
	( )		

## 5、(3)

### ⑧親の遺産分与の考え方

(分与の考え方、公正証書による遺言書の有無、  
誰が承知しているか、  
他の所に書き記したものを保管しているなど)



父の場合

母の場合

兄弟姉妹の場合

### ⑨私(本人)が死亡したら…(葬儀、墓、供養、財産など)



## 6. 手帳、保険証、預金通帳など重要書類の保管場所一覧表

ページ数・手帳名の保管場所を記入して下さい。  
(必要と思われるものを記載しましょう)



手帳名・書類名など	保管場所・特記事項	記録ノートの記載ページ
療育手帳		
身体障害者手帳		
精神障害者保健福祉手帳		
母子健康手帳		
障害福祉サービス受給者証 地域生活支援給付受給者証		
登記事項証明書 成年後見監督人契約		
国民年金・厚生年金保険年金証書 障害基礎年金証書		
健康保険証		
病院の診察券		
お薬手帳		
預貯金通帳		

## 手をつなぐあんしんノート吾妻(作成委員会)

(順序不同・敬称略)

No.	氏名	所属	就任期間
1	櫻井 慶一	吾妻郡医師会	会長 (H29. 12. 15~H30. 5. 30) / 理事 (H30. 5. 30~現在)
2	下谷 博	吾妻郡社会福祉協議会長 (各町村社会福祉協議会長代表)	(H29. 12. 15~現在)
3	大谷 幸一	群馬県立吾妻特別支援学校長	(H30. 4. 1~現在)
4	島村 美保	群馬県立吾妻特別支援学校 養護教諭	(H29. 12. 15~現在)
5	唐澤浩二郎	長野原町立長野原東中学校長 (群馬県特別支援学級・通級指導教室設置校長会代表)	(H29. 12. 15~現在)
6	保坂 直行	吾妻保健福祉事務所 地域支援係長	(H29. 12. 15~現在)
7	唐澤 伸子	中之条町役場 保健環境課長 (保健師)	(H29. 12. 15~現在)
8	桜井 真理	中之条町役場 住民福祉課主任	(H30. 4. 1~現在)
9	生巢 晋	吾妻相談支援センターやまばと相談支援専門員	(H29. 12. 15~現在)
10	唐澤 和男	大原荘相談支援事業所 相談支援専門員	(H29. 12. 15~現在)
11	田村 尚	中之条町社会福祉協議会補佐 (社会福祉士)	(H29. 12. 15~現在)
12	清田 和泉	群馬県立吾妻特別支援学校長	(H29. 12. 15~H30. 3. 31)
13	伊澤 文邦	東吾妻町役場 保健福祉課補佐	(H29. 12. 15~H30. 3. 31)
14	小池 隼人	東吾妻町役場 保健福祉課 (社会福祉士)	(H29. 12. 15~H30. 3. 31)
15	松井八重子	吾妻郡手をつなぐ育成会会長 (東部代表)	(H29. 12. 15~現在)
16	黒岩ちえみ	吾妻郡手をつなぐ育成会副会長 (西部代表)	(H29. 12. 15~現在)
17	小泉 喜彦	吾妻郡手をつなぐ育成会副会長 (東部代表)	(H29. 12. 15~現在)
18	浅見 豊子	吾妻郡手をつなぐ育成会理事 (西部代表)	(H29. 12. 15~現在)
19	青木 利恵	吾妻郡社会福祉協議会 事務局	(H29. 12. 15~現在)
20	吉村 隆子	吾妻郡社会福祉協議会 事務局	(H29. 12. 15~現在)



(先行して取り組んだ「よこはま成年後見つばさ・三人会」・「市川手をつなぐ親の会」・「いせさきしサポートファイル」の冊子を参考にさせていただきました。ありがとうございました。)  
皆さんに活用していただき、少しでもお役に立てていただければ幸いです。

手をつなぐあんしんノート吾妻作成委員会・部会一同



### 編集発行

吾妻郡手をつなぐ育成会  
平成30年8月発行

### 問い合わせ先

〒377-0425  
群馬県吾妻郡中之条町大字西中之条183-1  
TEL 0279-75-7781  
吾妻郡社会福祉協議会



この冊子は群馬県から地域振興調整費の交付を受け作成されました。