

様式 6

高次脳機能障害支援に関する利用契約書

高次脳機能障害支援の開始に際し、〇〇に基づき説明を行いました。
なお、上記契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、説明者が記名捺印の上、
各 1 通を保有するものとします。

平成 年 月 日

支援拠点機関名 _____

支援拠点機関住所 _____

代表者氏名 _____ 印

利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

保護者住所 _____

氏 名 _____ 印

(続柄) (利用者が 20 歳未満の場合)

代理人住所 _____

氏 名 _____ 印

(続柄) (利用者が障害状況等により記名・及び手続きが困難な場合)