

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	
--------	--	----------------	--	----------	--

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)					
総合的な援助の方針					
長期目標					
短期目標					

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--

申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男 ・ 女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障害程度区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 週単位以外のサービス </div>
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								