

サービス等利用計画(案) ・障害児支援利用計画(案)

作成日:

利用者(児童)氏名		計画作成担当者		計画相談支援事業者名	
利用者(児童)住所			障害支援区分		
福祉受給者証番号		地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	

※利用者負担上限月額		モニタリング期間◎	支給決定月から 毎月・3か月間のみ毎月・6か月・9か月・12か月 (実施月: )
------------	--	-----------	---

◎セルフプランはモニタリングしません

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 助の方針	長期目標:	
	短期目標:	

優先順位	生活全般の課題 (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)・※利用料・※提供事業所	留意事項
1					
2					
3					

※は案のときは未記入でもかまいません

利用者同意署名欄

印

週間計画表<障害福祉サービス・保健医療サービス・その他の福祉サービス・民間・地域住民自発活動を含む>

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	実現する生活全体像
4:00									
6:00									
8:00									
10:00									
12:00									
14:00									
16:00									
18:00									
20:00									
22:00									
24:00									
2:00									
4:00									

週単位以外のサービス	
------------	--