

(様式1) 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)	障害支援区分	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							
6							

(様式2) 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(児董氏名)	障害福祉サービス受給者証番号	障害支援区分	相談支援事業者名
地域相談支援受給者証番号	通所受給者証番号		計画作成担当者

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							通所以外のサービス
	18:00							
	20:00							
	22:00							
	0:00							
	2:00							
	4:00							

サービス提供によって実現する生活の全体像

## (様式3)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		障害支援区分		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					

