

(番号)

サービス等利用計画書(1)

<input type="checkbox"/>	初回	<input type="checkbox"/>	継続
--------------------------	----	--------------------------	----

利用者名： _____ 性別 _____ 生年月日：昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 住所 _____

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 _____ 印 _____

初回サービス等利用計画作成日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サービス等利用計画変更日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者証の有無、有効期間及び番号： 有 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 NO. _____ 無 上限額： _____ 円

障害支援区分								未認定
	非該当	1	2	3	4	5	6	

利用者および家族の希望	
-------------	--

相談支援専門員の支援方針	
--------------	--

長期目標(期間)	
----------	--

短期目標(期間)	
----------	--

(番号:)

サービス等利用計画書(2)

ニーズの優先順位	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	援助内容 (提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入)			費用 (円/月)				
			サービス内容	サービス種別 (事業者等)	頻度	サービス費用 (全額)			自己負担	
						単位	回数	合計		
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
								0	0	
サービス等利用計画 (モニタリング) の有効期限			令和	年	月	日まで	サービス費合計	0	自己負担額	0
備 考						本人または代理人の同意				
※週間ケア計画を必要に応じて添付						日 付 令和 年 月 日				
						署 名 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人				

週間ケア計画

(受付No. 氏名

令和 年 月 日作成

	早朝	午前	午後	夜間	摘要
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
摘要					

作成者所属・氏名:

週間ケア計画

受付 No.1 氏名 A・Y

令和4年5月15日作成

	早 朝	午 前	午 後	夜 間	摘 要
月		9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5		6 ← ヘルパー → 7	
火		9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5			
水		9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5		6 ← ヘルパー → 7	
木		9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5			
金		9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5		6 ← ヘルパー → 7	
土					
日					
摘要	・○×事業所 自立訓練(生活訓練)(担当:I氏) Tel: - - ・○△事業所(担当:S氏) Tel: - - ・地域福祉権利擁護事業 Tel: - - ・地域生活支援センター(担当:千葉) Tel: - -				

作成者氏名・所属: 千葉太郎・地域生活支援センター