

(番号)

障害児支援利用計画書(1)

| | | | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 初回 | <input type="checkbox"/> | 継続 | <input type="checkbox"/> | 未申請 | <input type="checkbox"/> | 決定済 |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

利用者名： _____ 性別 _____ 生年月日：平成 _____ 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 _____

初回サービス利用計画作成日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サービス利用計画変更日：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 | | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|----|---|---|---|---|---|---|
| | 非該当 | 小児1 | 小児2 | 小児3 | 重心 | 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 | |
|------|--|

| | |
|------|--|
| 短期目標 | |
|------|--|

(番号:)

障害児支援利用計画書(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