

(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	
------	--