

(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				