

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

| | | | | | |
|-----------------|-----|--------------|----------|-------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 保護者氏名(児童の場合) | (続柄:) | 計画作成日 | |
| 相談支援事業者名(事業者番号) | () | | 計画作成担当者名 | | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | 利用者負担 | |

■ サービス担当者会議

| | | | | | |
|-----------------|--|------|--|-------------|---------|
| サービス担当者会議実施日 | | 会議場所 | | 利用者・家族出席の有無 | 無・有 () |
| 会議出席者 事業者名(担当者) | | | | | |

■ 生活に対する意向、援助方針

| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| 利用者の生活に対する意向 | | | | | |
| 家族等の生活に対する意向 | | | | | |
| 総合的な支援方針 | | | | | |
| 長期目標 | | | | | |
| 短期目標 | | | | | |

■ モニタリングの期間

| | | |
|---------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| モニタリング期間 | <input type="checkbox"/> 毎月実施 | <input type="checkbox"/> 月ごとに1回実施 |
| モニタリング開始月と終期月 | 平成 年 月 ～ 平成 年 月まで | |
| 上記期間とする理由 | | |

■ モニタリング実施月(毎月実施の場合以外に記入)

| | |
|--------|--------|
| 平成 年 月 | 平成 年 月 |
| 平成 年 月 | 平成 年 月 |
| 平成 年 月 | 平成 年 月 |

※欄が足りない場合は適宜増やしてください。

| | |
|--------|--|
| 利用者確認欄 | |
|--------|--|

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 市受理日 | | 担当者 | |
|------|--|-----|--|

| | | | | |
|-------------|--|--------------|--------|-------|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 保護者氏名(児童の場合) | (続柄:) | 計画作成日 |
|-------------|--|--------------|--------|-------|

■本人のニーズ、目標、達成時期、福祉サービス・その他社会資源等

| 優先順位 | 本人のニーズ | 支援目標 | 達成時期 | 福祉サービス・その他社会資源等 | | | | 本人の役割 | 評価時期 | その他留意事項 |
|------|--------|------|------|-----------------|----|----------------|---------------------|-------|------|--|
| | | | | 種類 | 内容 | 支給量 (頻度・時間) | 提供事業者名 (担当者名・電話) | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | <p>【避難所】 ○○小学校 【災害時緊急連絡先】○○ (電話番号○○-○○○ ○-○○○ ○) ※サービス事業所との情報共有について 了解確認済</p> |

