

(番号)

別紙様式

障害児支援利用計画書(1)(案)

<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 _____

指定障害児相談支援事業者等名・所在地及び計画作成者： _____ 印

初回障害児支援利用計画作成日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 障害児支援利用計画変更日： 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

障害程度区分											
	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)(案)

別紙様式

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		
障害児支援利用計画 (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	自己負担額			
備 考						本人または代理人の同意				
						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: