

サービス等利用計画案

※名前・施設名などは仮名または匿名で記入してください。

				ユーザID		受講者氏名		
利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名				
障害福祉サービス受給者証番号	※※※※※※※※※※※※※※	利用者負担上限額	※※※※※※※※※※※※※※	計画作成担当者				
地域相談支援受給者証番号	※※※※※※※※※※※※※※	通所受給者証番号	※※※※※※※※※※※※※※					
計画作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄				
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)								
総合的な援助の方針								
	長期目標							
	短期目標							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)			
1								
2								
3								
4								