

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
生年月日	年 月 日	障害支援区分有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計画作成担当者	
住 所		保護者氏名(続柄)	()		
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
計画案作成日	年 月 日	モニタリング期間(開始年月)	(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)	訪問日 /	
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	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
生年月日	年 月 日	障害支援区分有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計画作成担当者	
住 所		保護者氏名(続柄)	()		
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	

計画開始年月	年 月
--------	-----

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

申請者の現状(基本情報)

作成日	年 月 日	相談支援事業者名	計画作成担当者
-----	-------	----------	---------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名	生年月日	年 月 日	年齢
住所	足立区		電話番号
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]		FAX番号
障害または疾患名	障害支援区分	性別	男 ・ 女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入	社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)
------------------------	----------------------------

生活歴 ※受診歴等含む	医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等
-------------	------------------------------

本人の主訴(意向・希望)	家族の主訴(意向・希望)
--------------	--------------

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
生年月日	年 月 日	障害支援区分有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計画作成担当者	
住 所		保護者氏名(続柄)	()	利用者負担上限月額	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	

計画開始年月	年 月
--------	-----

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

モニタリング報告書【 年 月分】（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
生年月日	年 月 日	障害支援区分有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計画作成担当者	
住 所		保護者氏名(続柄)	()	訪問日	年 月 日
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
計画作成日	年 月 日	モニタリング実施日	年 月 日	利用者同意署名欄	

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

継続サービス等利用計画・継続障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
生年月日	年 月 日	障害支援区分有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計画作成担当者	
住 所		保護者氏名(続柄)	()	利用者負担上限月額	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	

計画開始年月	年 月
--------	-----

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--