

サービス等利用計画(案)

フリガナ						計画作成(更新)日	
利用者名	様	生年月日	年齢	受給者証番号	相談支援事業所名		
					計画作成者		
		住所			主たる障害		

利用者及び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	
-----------	--

短期目標(6ヶ月後)	
------------	--

長期目標(1年後)	
-----------	--

計画期間	～	モニタリング頻度		利用者負担上限月額	
------	---	----------	--	-----------	--

本人のニーズ及び解決すべき課題	支援目標	障害福祉サービス・地域生活支援事業・相談支援の利用				保健・医療・教育・その他の支援 家族・ボランティア・近隣・友人等による援助			ニーズ実現のための本人の役割
		サービス名・内容	量 (頻度・時)	支給期間	提供機関	担当者	内容	頻度	
				年 月 日 ～ 年 月 日					
				年 月 日 ～ 年 月 日					
				年 月 日 ～ 年 月 日					

				年 月 日 ~ 年 月 日						
				年 月 日 ~ 年 月 日						
				年 月 日 ~ 年 月 日						
				年 月 日 ~ 年 月 日						
				年 月 日 ~ 年 月 日						
				年 月 日 ~ 年 月 日						

上記計画について同意いたします

令和 年 月 日

署名

(代筆者

)