

(様式5) サービス等利用計画・障がい児支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)		障がい支援区分		相談支援事業者名	
障がい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		障がい児通所支援受給者証番号			
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								
5								

利用者同意署名欄		印
----------	--	---

代筆者 / 代理人(どちらかに○)		印
-------------------	--	---