

(様式7)モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助)

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		モニタリング実施日			

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	

利用者同意署名欄		印
----------	--	---

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