

初任者 インターバル2

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案（例）

受講番号（ ）

※研修用です。支給決定に基づくものではありません。

受講者名（ ）

利用者氏名	A氏	障がい支援区分		相談支援事業者名	A事業所
障がい福祉サービス受給者証番号	●●●●			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	●●●●		
計画案作成日		モニタリング期間（開始年月）		利用者同意署名欄	〇〇 〇〇

希望する生活	利用者：
	家族：
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	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）	本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

助言日	令和 年 月 日	助言者 所属名() 氏名()
-----	----------	------------------

必ずご記入ください