

ちいき いこう しえん けいかく
地域移行支援計画

さま
様

支給決定区名	計画作成日	平成 年 月 日	利用者確認印又は署名
利用者氏名	障がい支援区分	地域相談支援事業者名	
地域相談支援受給者証番号	障がい福祉サービス受給者証番号	地域移行計画作成担当者	
現在利用中の施設・病院	施設・病院の所在地	〒	
施設・病院の担当相談員	施設・病院の連絡先	Fax	
地域移行予定日	平成 年 月 日	地域移行後の居住予定先	

地域移行後利用者が望む生活	
---------------	--

計画作成会議	会議実施日	平成 年 月 日	会議出席者	事業者等名称				
				担当者名				

No	地域移行に向けて 解決すべき課題	課題解決に向けて 本人が実施すること	課題解決に向けて地域移行支援者がすること	課題解決に向けて施設・病院・ 家族・友人等がすること	解決予定 時期	実施にあたっての留意事項
1						
2						
3						
4						
5						
6						

ふりがな			地域移行支援受給者番号	
氏名			入院・入所先	
手帳	身障手帳 療育手帳 精神福祉手帳	種 A 1級	級 B1 2級	*障がい名 B2 3級
身体状況	麻痺 (有・無) 四肢麻痺 片麻痺 (右・左) その他 座位保持 (可・不可) 立位保持 (可・不可) 起立 (可・不可) 更衣 (自立・一部・全介助) 移動 (歩行・車椅子) (自立歩行・介助歩行) (手動式車椅子・電動式車椅子) その他		【特記事項】 (言語・聴覚・視覚・その他)	
日常生活能力	(身辺処理・言語理解・人間関係・その他特徴的行動等)			
置かれている環境				
病歴	年 月	事 項	年 月	事 項
障がい歴	年 月	事 項	年 月	事 項

利用している 制度・サービス	制度・サービス内容				利用開始時期・事業所名等
	家族の状況	〔家族構成〕			
氏名		続柄	年齢	職業・学校	特記事項
保険の種類	社会保険 (本人 ・ 家族) 国民保険 (本人 ・ 家族) 自費 生活保護 その他				〔医療機関利用状況〕
障がい者医療	育成医療 更生医療 精神通院 その他				〔服薬状況〕
総合的な 支援の方針					