

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画（Ⅰ）

さま様

					利用者確認欄												
支給決定区名		計画作成日		相談支援事業者名													
利用者氏名（児童氏名）		障がい支援区分		利用者負担上限月額													
保護者氏名		本人との続柄		計画作成担当者													
障がい福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号		モニタリング頻度		毎月		3ヵ月毎月		6ヵ月毎月							
通所受給者証番号		モニタリング期間（開始年月）				2ヵ月に1度		3ヵ月に1度		6ヵ月に1度							
総合的な援助の方針																	
サービス担当者会議		会議実施日	年	月	日	会議出席者		事業者等名称									
						担当者名											
優先順位	課題（本人のニーズ）	支援目標	達成時期	障がい福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項									
				提供事業者名（担当者名・電話）													
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(Ⅱ)【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		保護者氏名		本人との続柄		障がい支援区分	
相談支援事業者名		計画作成担当者		計画開始年月			

		月		火		水		木		金		土		日・祝		備考	
深夜帯	0:00																
	1:00																
	2:00																
	3:00																
	4:00																
	5:00																
早朝	6:00																
	7:00																
日中	8:00																
	9:00																
	10:00																
	11:00																
	12:00																
	13:00																
	14:00																
	15:00																
	16:00																
	17:00																
	18:00																
夜間	19:00																
	20:00																
	21:00																
	22:00																
深夜帯	23:00																

※1週間の計画時間数(週間計画表より)…月の合計時間の算出方法は、週合計×4. 5倍

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週合計	月合計
身体介護								0	
家事援助								0	
通院・乗降								0	
重度訪問								0 (0)	
行動援護 同行援護								0	

【週間計画に反映させにくい項目】

項目名	1回あたりの回数	月あたりの回数	月あたりの時間数
①	時間	× 回	時間
②	時間	× 回	時間
③	時間	× 回	時間

【訪問系サービス以外の障害福祉サービス項目】

①	日 / 月	②	日 / 月
---	-------	---	-------

【障害福祉サービス以外の項目】

①	時間 / 月	②	時間 / 月
---	--------	---	--------

【1カ月の訪問系サービス(計画)時間】

身体介護	時間
家事援助	時間
通院・乗降	時間
重度訪問	時間
行動援護・同行援護	時間

その他特記事項

--