

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先電話番号	— —
利用者氏名（児童氏名）		特定相談支援事業者名		特定相談支援事業所番号	
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分	なし・あり（区分）	計画案作成日	平成 年 月 日
通所受給者証番号		計画作成担当者		モニタリング期間（開始年月）	
地域活動支援受給者証番号		利用者同意署名欄	印		

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 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

【様式1-2】

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

瑞穂町

利用者氏名（児童氏名）		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害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			

計画開始年月	
--------	--

		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
午前	6:00								
	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
	16:00								
夜	18:00								
	20:00								
	22:00								
深夜・早朝	0:00								
	2:00								
	4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--

申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名		障害支援区分		性別	男・女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

--	--

生活歴 ※受診歴等含む

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

--	--

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

--	--

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援(障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業者名	
				計画作成担当者	

		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
午前	6:00								
	8:00								
	10:00								
午後	12:00								
	14:00								
	16:00								
夜	18:00								
	20:00								
	22:00								
深夜・早朝	0:00								
	4:00								

週単位以外のサービス
 通院の場合
 通院先
 通院頻度 回／
 交通手段
 片道所要時間

利用者氏名（児童氏名）		障害支援区分	なし・あり	(区分)	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号			計画作成担当者	
地域活動支援受給者証番号						

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--

【様式3-1】

モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）

瑞穂町

利用者氏名（児童氏名）		障害支援区分	なし・あり（区分）	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		相談支援事業所番号	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	
計画作成日		モニタリング実施日		利用者同意署名欄	印

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	
6							有・無	有・無	有・無	

利用者氏名（児童氏名）		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		相談支援事業所番号	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	
計画開始年月					

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像