

(番号)

障害児支援利用計画書(1)

<input type="checkbox"/>	初回	<input type="checkbox"/>	継続
--------------------------	----	--------------------------	----

<input type="checkbox"/>	未申請	<input type="checkbox"/>	決定済
--------------------------	-----	--------------------------	-----

利用者名： _____ 性別 _____ 生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 住所 _____

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 _____ 印 _____

初回障害児支援利用計画作成日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 障害児支援利用計画変更日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者証の有無、有効期間及び番号：

<input type="checkbox"/>	有	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	NO.	<input type="checkbox"/>	無
--------------------------	---	----------------------------	-----	--------------------------	---

 上限額： _____ 円

障害支援区分	非該当	小児1	小児2	小児3	重心	1	2	3	4	5	6

利用者および家族の希望	
-------------	--

相談支援専門員の支援方針	
--------------	--

長期目標	
------	--

短期目標	
------	--