

(番号:)

障害児支援利用計画書(2)

| ニーズの優先順位 | 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) | 援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入) | 援助内容 (提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入) | | | 費用 (円/月) | | | | |
|-------------------------|--------------------|--|----------------------------------|------------------|----|---|---------|----|-------|---|
| | | | サービス内容 | サービス種別 (事業者等) | 頻度 | サービス費用 (全額) | | | 自己負担 | |
| | | | | | | 単位 | 回数 | 合計 | | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| サービス利用計画 (モニタリング) の有効期限 | | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | サービス費合計 | 0 | 自己負担額 | 0 |
| 備 考 | | | | | | 本人または代理人の同意 | | | | |
| ※週間ケア計画を必要に応じて添付 | | | | | | 日 付 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | 署 名 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 | | | | |