様式２－１

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

利用者氏名		お住まいの地域		負担上限月額	円／月
障害福祉ｻｰﾋﾞｽ受給者証番号 通所受給者証番号		障害支援区分		相談支援事業者名	
地域相談支援受給者証番号				計画作成担当者	

計画作成日		ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ期間 （開始年月）		利用者同意署名欄	

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		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量 （頻度・時期）	提供事業者名 （担当者名・電話）			
1								
2								
3								
4								
5								
6								