|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 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番号 |  |  | | 計画作成担当者 |  |
| 地域相談支援受給者番号 |  |

**②サービス等利用計画案（事前課題）**受講者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画案作成日 |  | モニタリング期間(開始年月) |  | 利用者同意書名欄 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  期間 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |