

(番号 )

### サービス等利用計画書(1)

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

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 \_\_\_\_\_

初回サービス等利用計画作成日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 サービス等利用計画変更日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受給者証の有無、有効期間及び番号：  有 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 NO. \_\_\_\_\_  無 上限額： \_\_\_\_\_ 円

| 障害支援区分 |     |   |   |   |   |   |   |     |
|--------|-----|---|---|---|---|---|---|-----|
|        | 非該当 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 未認定 |

|             |  |
|-------------|--|
| 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(期間) |  |
|----------|--|

|          |  |
|----------|--|
| 短期目標(期間) |  |
|----------|--|