

計画案作成日 令和 年 月 日 計画の期間 _____ 次の見直し時期 _____
 (初回; 年 月 日、前回 年 月 日)

利用者氏名	障害福祉サービス受給者証番号	障害支援区分	なし	1	2	3	4	5	6
	通所受給者証番号	利用者負担上限月額	円/月						
	地域相談支援受給者証番号								

【これまでの暮らしについて】

【生活全体の希望(こんな暮らしをしたい)】

目標	
短期(1~3ヶ月)	_____
長期(3ヶ月~1年)	_____

	やってみたいこと・困っていること	そのために必要なこと	達成する時期	支える機関	支援の回数や時間など	その他留意点
1	所得、経済基盤に関わる希望					
2	居住環境に関わる希望					
3	健康に関わる希望					
4-1	コミュニケーションに関わる希望					
4-2	身の回りのことに関わる希望					
5	社会生活に関わる希望 (対人関係、趣味、外出など)					
6	家族の希望					
7	労働や日中活動に関わる希望					
8	その他					

計画作成者

住所 _____ 電話番号 _____

名前 _____

※署名または記名押印