

○必要な障害福祉サービス等の概要

サービス利用者氏名： _____

区分	サービス名	種別	利用希望	支給量	備考			その他
介護給付	居宅介護	身体介護		時間/月	時間/回 ×	回/週 ×	週/月	二人介助 必要・不要
		家事援助		時間/月	時間/回 ×	回/週 ×	週/月	
		通院等介助		時間/月	時間/回 ×	回/週 ×	週/月	身体介護 伴う・伴わない
		通院等乗降介助		回/月				
	重度訪問介護		時間/月				二人介助 必要・不要	支給時間の内訳を記載
	同行援護		時間/月	時間/回 ×	回/週 ×	週/月	二人介助 必要・不要 / 区分() / 盲ろう者	
	行動援護		時間/月				二人介助 必要・不要	
	療養介護		日/月					
	生活介護		日/月					
	短期入所		日/月	医療型(療養介護)・医療型(重心)・医療型(その他)				
	重度障害者包括支援施設入所支援		単位/月	重度支援(身体)・重度支援(知的)				
訓練等給付	自立訓練(機能訓練)		日/月	暫定支給決定	あり・なし			原則、暫定支給決定は2ヶ月以内で実施
	自立訓練(生活訓練)		日/月	暫定支給決定	あり・なし			
	宿泊型自立訓練		日/月					
	就労移行支援		日/月	暫定支給決定	あり・なし			原則、暫定支給決定は2ヶ月以内で実施
	就労継続支援A型		日/月	暫定支給決定	あり・なし		障害年金1級・その他	
	就労継続支援B型		日/月				障害年金1級・その他	
	就労定着支援		日/月					
	自立生活援助		日/月	退所後 1年以内・1年以上				退所等日()
共同生活援助(グループホーム)			通常入居・体験利用			包括型・日中サービス支援型・外部サービス型		
児童通所支援	児童発達支援		日/月	重度心身障害児該当 有・無				
	医療型児童発達支援		日/月					
	居宅訪問型児童発達支援		日/月					
	保育所等訪問支援		日/月					
	放課後等デイサービス		日/月	重度心身障害児該当 有・無				
地域相談支援給付	地域移行支援							
	地域定着支援							
地域活動支援事業	移動支援		時間/月	時間/回 ×	回/週 ×	週/月	二人介助 必要・不要 / 身体介護 必要・不要	
	日中一時支援		日/月					
	地域活動支援センター		日/月					
	訪問入浴		回/週					※2回/週を上限
利用開始(変更)日	令和 年 月 日			※新規・変更時に記載				

○計画相談支援について

※モニタリング期間を標準の期間から変更する場合、計画(案)等に理由を記載すること。

新規・更新・変更	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更
モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 毎月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月ごと	
	<input type="checkbox"/> 当初3ヶ月毎月のち3ヶ月ごと	<input type="checkbox"/> 半年ごと	
	<input type="checkbox"/> 当初3ヶ月毎月のち半年ごと	<input type="checkbox"/> その他()	
モニタリング開始月(支給決定の属する月の翌月でも可)	令和 年 月		