

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画案別紙（支給量について）

相談支援 事業所名				計画作成 担当者		
保護者 氏名				作成日		
受給者 番号		児童名	(年 月 日生)			
概要	現状 ※障がいの状況 家族の状況 兄弟の状況等					
	支給量の必要性 ※児童にとってどう必要かについて必ず記載					
	他のサービスの 申請状況 ※日中一時支援等の利用を検討してください。					
	直近3か月の 利用実績 ※保護者に必ず確認		年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	今後の対応について ※モニタリング期間 （3月ごと以上の頻度）の設定、見直し時期等について記載					
支給希望日数 ※利用実績を踏まえ、現実的に必要な日数としてください。			月 日			