**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 | | | | | 年　　月 | | | | 年　　月 | |
| 日 | | | | | 日 | | | | 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 | | | | | | | |