**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 |