

江戸川区 相談支援事業の手引き

# 様式集



「しっかり食べよう朝ごはん」区立保育園 食育キャラクター  
ぱくどん

江戸川区 福祉部 障害者福祉課

江戸川区 健康部 保健予防課

平成27年2月

## 様式集

### ○申請書等

- ・様式第 16 号 (計画案提出依頼書)
- ・様式第 17 号 (計画相談支援給付費支給申請書)
- ・様式第 18 号 (計画相談支援依頼 (変更) 届出書)
- ・様式第 1 号 (障害福祉サービス支給申請書)
- ・様式第 1 号 (児童通所給付費支給申請書)

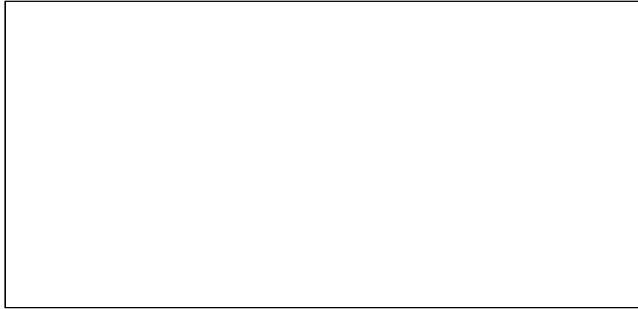
### ○特定相談支援

- ・申請者の現状 (基本情報) /別紙 1
- ・申請者の現状 (基本情報) 【現在の生活】 /別紙 2
- ・サービス等利用計画案
- ・サービス等利用計画案 【週間計画表】
- ・サービス等利用計画案 (記載例と留意点)
- ・サービス等利用計画
- ・サービス等利用計画 【週間計画表】
- ・モニタリング報告書(継続サービス利用支援)
- ・モニタリング報告書 【週間計画表】
- ・サービス等利用計画・モニタリング報告書(継続サービス利用支援) (記載例と留意点)

### ○障害児相談支援

- ・申請者の現状 (基本情報) /別紙 1
- ・申請者の現状 (基本情報) 【現在の生活】 /別紙 2
- ・障害児支援利用計画案
- ・障害児支援利用計画案 【週間計画表】
- ・障害児支援利用計画案 (記載例と留意点)
- ・障害児支援利用計画
- ・障害児支援利用計画 【週間計画表】
- ・モニタリング報告書(継続障害児支援利用援助)
- ・モニタリング報告書 【週間計画表】
- ・障害児支援利用計画・モニタリング報告書(継続障害児支援利用援助) (記載例と留意点)

平成 年 月 日



江戸川区長 多田 正見

公印

## サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(第22条第4項、第24条第3項、第51条の7第4項)・児童福祉法(第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項)の規定に基づき、支給(給付)要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。

なお、利用計画案の作成を事業者にご依頼の場合は、次の1、2の書類を併せてご提出ください。

1 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

※ すでに計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けていて、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であれば提出不要です。

2 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

※ すでに計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けていて、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は提出不要です。

【提出期限】 年 月 日

【提出・問合せ先】

福祉部障害者福祉課〇〇相談係  
〒132-8501 江戸川区中央1-4-1  
TEL 5662-0052(直通)  
FAX 3656-5874

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

江戸川区長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名			昭和 平成	
	居住地	〒			
		電話番号			
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
	氏名			続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

江戸川区長 殿

次のとおり届け出します。

届出年月日 平成 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成
	氏名			
申請に係る児童氏名	居住地	〒		
		電話番号		
	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
			続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
	電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日 平成 年 月 日



(様式第1号)

**(障害福祉サービス・地域生活支援事業)支給申請書兼利用者負担額減免・免除等申請書**  
**新規・更新・支給決定変更・障害支援区分変更**

江戸川区長 殿

平成 年 月 日

以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ	生年月日	明治	大正	年	月	日
	氏名		昭和	平成			
	居住地	〒 江戸川区 電話番号					
	緊急連絡先	氏名	電話番号	自宅・会社等		続柄	
支給申請に係る障害児氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
		続柄		年齢			
身体障害者手帳番号		愛の手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			
障害種別(あてはまるものに)		1.身体障害者(児) 2.知的障害者(児) 3.精神障害者(児) 4.難病患者					
被保険者証の記号及び番号( )		保険者名及び番号( )					
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援(B型)のサービスを申請する者に限る。)		有・無					

「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間
		利用中のサービスの種類と内容等									
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援( )・要介護 1 2 3 4 5						
		利用中のサービスの種類と内容等									

申請するサービス	区分	サービスの種類											
		介護給付費					訓練等給付費					地域生活支援事業	
	訪問系・その他	居宅介護	/										移動支援
		重度訪問介護											地域活動支援センター型
		行動援護											日中一時支援
		同行援護											地域活動支援センター型
		短期入所											
	日中活動系	療養介護	自立訓練(機能訓練・生活訓練)										申請に係る具体的内容
		生活介護	宿泊型自立訓練										
			就労移行支援										
		就労移行支援(養成施設) 就労継続支援(A型・B型)											
居住系	施設入所支援	共同生活援助(グループホーム)											
		介護サービス包括型(介護あり・介護なし) 外部サービス利用型(介護あり・介護なし)											
地域支援相	地域移行支援	/											
	地域定着支援												
独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設													

次の2点に同意します。

- 1 利用者の負担上限額を決定するため、利用者本人または、世帯の収入に関する区の税情報及び手当受給状態が閲覧されること。
- 2 障害福祉サービスの提供に必要なときは、障害支援区分、障害支援区分認定にかかる調査内容及び医師意見書を、江戸川区から障害福祉サービスの関係人、医師意見書を記載した医師及び区役所内関係部署に提供すること。

申請者氏名

代筆者

(申請者との関係)

裏面へ

主治医 ( )	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

( )主治医の欄は、介護給付費、共同生活援助(介護あり)または地域移行支援〔精神科病院(精神科以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。)に入院している者に限る。〕を申請する場合記入すること。

申請 する 減 免 の 種 類	<b>負担上限月額に関する認定</b> 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 療養介護を利用する場合は、次の または のあてはまる方に をつける。 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計金額が80万円以下 以外 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	
	<b>医療型個別減免に関する認定</b> 下記にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	20歳以上の方	いずれもあてはまること
	1. 施設入所者である(年齢 歳)	
	2. 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者	
	20歳未満の方	1. 施設入所者である(年齢 歳)
<b>施設入所者(注1)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)</b> 下記にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注1)対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)		
20歳以上の方	いずれもあてはまること	
1. 施設入所者である(年齢 歳)		
2. 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者		
20歳未満の方	1. 施設入所者である(年齢 歳)	
<b>共同生活援助(グループホーム)入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)</b> 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<b>生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定</b> 生活保護への移行予防措置( 定率負担減免措置 補足給付の特例措置)を申請します。 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係		
住所	〒  電話番号			



**児童通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書**  
**《新規・更新・支給決定変更》**

江戸川 長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	昭和		
	氏名			平成 年 月 日		
	居住地	〒		電話番号 携帯番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日		
			続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護（ホームヘルプ）	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護
		<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）	<input type="checkbox"/> 移動支援
		<input type="checkbox"/> 同行援護（介護あり・介護なし）	<input type="checkbox"/> 日中一時
	障害児通所支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

変更の理由

※変更申請の場合に記入

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

次の4点に同意します。

- 1 利用者の負担上限額を決定するため、利用者本人または、世帯の収入に関する区の税情報及び手当受給状況が閲覧されること。
- 2 多子軽減措置の決定をするため、利用者本人と同一世帯の兄または姉の保育所・幼稚園等在籍情報を閲覧されること。
- 3 障害児支援利用計画を作成するため必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書を江戸川区から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示すること。
- 4 通所支援のサービスの提供に必要なときは、介助の必要性や障害の程度の把握のための調査内容及び医師意見書を江戸川区から通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人、医師意見書を記載した医師及び区役所関係部署に提供すること。

申請者氏名

代筆者

(申請者との関係)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 通園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
		電話番号	
		携帯番号	

申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業所名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他( )]			FAX番号	
障害または疾患名		障害支援区分		性別	男 ・ 女

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入  	社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)  
--------------------------------	------------------------------------

生活歴 ※受診歴等含む  	医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等  
---------------------	--------------------------------------

本人の主訴(意向・希望)  	家族の主訴(意向・希望)  
----------------------	----------------------

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					

## 申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業所名	
				計画作成担当者	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								週単位以外のサービス
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								



サービス等利用計画案【週間計画表】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業所名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

サービス等利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	船堀一夫	障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	船堀一夫
計画案作成日	H26年3月15日	モニタリング該当月	H26年4月・5月・6月・9月・H27年3月	代筆者署名欄(利用者との関係)	船堀真理子(母)

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	はっきりさせたほうが分かりやすいので、期間ではなく、該当月を列挙。	本人の場合、署名又は押印。 代筆者の場合、利用者同意署名欄に代筆署名の上、代筆者氏名及び利用者との関係(続柄等)を記入。
総合的な援助の方針		
長期目標		
短期目標		

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項	
				種類・内容・量(頻度・時間)	事業所名				
3	<p>正確に支給決定に関連付けられるように具体的な記載をお願いします。</p> <p>① サービス種類</p> <p>② 支援内容(できるだけ詳細をお願いします) 特に居宅介護の場合 (1) 身体介護、家事援助、通院等介助 を区別して記載。 (2) 上記の具体的な内容(身体介護の入浴介助、家事援助の掃除※など)を記載。</p> <p>③ 週 回 × 1 回の所要時間</p> <p>※家事援助の利用については、その範囲も確認。 家族との共有部分を掃除等は、支援の対象外です。</p>			身体介護 更衣・排泄・入浴・整容・環境整備 週3回 × 1時間					
4				家事援助 (火)掃除, 洗濯 (木)買物代行, 洗濯 週2回 × 1時間					
5				通院等介助(身体介護併用) A病院(内科) 実績所要時間 × 1回/月 B病院(整形外科) 実績所要時間 × 1回/2ヶ月 C医院(皮膚科) 実績所要時間 × 1回/2週				D大学病院は(1回/3ヶ月 6時間)は、知人が対応。	
1				就労継続支援B型 週5回	〇〇の家				
2				移動支援(身体介護併用) 35時間 就労継続支援A型の迎え 週5回 × 30分					
6									

可能な範囲で記載。

訂正には利用者の確認印を受ける。

船堀





サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業所名	
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業所名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	
モニタリング実施日		モニタリング該当月		代筆者署名欄 (利用者との関係)	

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

継続サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名		障害支援区分		相談支援事業所名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号			

計画開始年月		モニタリング実施日	
--------	--	-----------	--

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

サービス等利用計画

利用者氏名(児童氏名)	船堀一夫	障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	船堀一夫
計画作成日	H26年3月20日	モニタリング該当月	H26年4月・5月・6月・9月・3月	代筆者署名欄(利用者との関係)	船堀真理子(母)
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	計画案作成日、支給決定日と矛盾がないか確認。		はっきりさせたほうが分かりやすいので、期間ではなく、該当月を列挙。		本人の場合、署名又は押印。 代筆者の場合、利用者同意署名欄に代筆署名の上、代筆者氏名及び利用者との関係(続柄等)を記入。
総合的な援助の方針					
長期目標					
短期目標					

モニタリング報告書(継続サービス利用支援)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	船堀一夫
モニタリング実施日	H26年4月20日	モニタリング該当月	H26年4月・5月・6月・9月・3月	代筆者署名欄(利用者との関係)	船堀真理子(母)
総合的な援助の方針	実施の年月日を記入。		全体の状況		本人の場合、署名又は押印。 代筆者の場合、利用者同意署名欄に代筆署名の上、代筆者氏名及び利用者との関係(続柄等)を記入。
			はっきりさせた方が分かりやすいの		

## 申請者の現状(基本情報)

作成日		相談支援事業所名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

## 1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

## 2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
保護者氏名		本人との続柄			
住所	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他( )]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名		障害支援区分		性別	男 ・ 女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等	
本人の主訴(意向・希望)			家族の主訴(意向・希望)		

## 3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)					
その他の支援					





障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号			

計画開始年月

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像



障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	船堀一夫	障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	船堀一夫
計画案作成日	H26年3月15日	モニタリング該当月	H26年4月・5月・6月・9月・H27年3月	代筆者署名欄(利用者との関係)	船堀真理子(母)

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	はっきりさせたほうが分かりやすいので、期間ではなく、該当月を列挙。	本人の場合、署名又は押印。代筆者の場合、利用者同意署名欄に代筆署名の上、代筆者氏名及び利用者との関係(続柄等)を記入。
総合的な援助の方針		
長期目標		
短期目標		

優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
				種類・内容・量(頻度・時間)	事業所名			
3	正確に支給決定に関連付けられるように具体的な記載をお願いします。			身体介護 更衣・排泄・入浴・整容・環境整備 週3回×1時間				
4	① サービス種類 ② 支援内容(できるだけ詳細をお願いします) 特に居宅介護の場合 (1) 身体介護、家事援助、通院等介助を区別して記載。 (2) 上記の具体的内容(身体介護の入浴介助、家事援助の掃除※など)を記載。			家事援助 (火)掃除、洗濯 (木)買物代行、洗濯 週2回×1時間				
5	③ 週回×1回の所要時間			通院等介助(身体介護伴う) A病院(内科) 実績所要時間×1回/月 B病院(整形外科) 実績所要時間×1回/2ヶ月 C医院(皮膚科) 実績所要時間×1回/2週				D大学病院は(1回/3ヶ月 6時間)は、知人が対応。
1	※家事援助の利用については、その範囲も確認。家族との共有部分を掃除等は、支援の対象外です。			就労継続支援B型 週5回	〇〇の家	可能な範囲で記載。		
2				移動支援(身体介護伴う) 35時間 就労継続支援A型の迎え 週5回×30分 船堀 B型				
6								訂正には利用者の確認印を受ける。



障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号			

計画開始年月

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像

モニタリング報告書(継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	
モニタリング実施日		モニタリング該当月		代筆者署名欄 (利用者との関係)	
総合的な援助の方針			全体の状況		

優先順位	支援目標	達成時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス種類の変更	サービス量の変更	週間計画の変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

継続障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号			
計画開始年月		モニタリング実施日			

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--

障害児支援利用計画

利用者氏名(児童氏名)	船堀一夫	障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	船堀一夫
計画作成日	H26年3月20日	モニタリング該当月	H26年4月・5月・6月・9月・3月	代筆者署名欄(利用者との関係)	船堀真理子(母)

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	計画案作成日、支給決定日と矛盾がないか確認。	はっきりさせたほうが分かりやすいので、期間ではなく、該当月を列挙。	本人の場合、署名又は押印。 代筆者の場合、利用者同意署名欄に代筆署名の上、代筆者氏名及び利用者との関係(続柄等)を記入。
総合的な援助の方針			
長期目標			
短期目標			

モニタリング報告書(継続障害児支援利用援助)

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業所名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号		利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		利用者同意署名欄	船堀一夫
モニタリング実施日	H26年4月20日	モニタリング該当月	H26年4月・5月・6月・9月・3月	代筆者署名欄(利用者との関係)	船堀真理子(母)

総合的な援助の方針	実施の年月日を記入。	全体の状況	はっきりさせた方がわかりやすいので、期間ではなく、該当月を列挙。	本人の場合、署名又は押印。 代筆者の場合、利用者同意署名欄に代筆署名の上、代筆者氏名及び利用との関係(続柄等)を記入。
-----------	------------	-------	----------------------------------	--



江戸川区 相談支援事業の手引き 別冊  
**様式集**

平成 27 年 2 月 初版

江戸川区 福祉部 障害者福祉課  
江戸川区 健康部 保健予防課