様式第9号（第5条の3関係）

個別支援計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | 男 | | | 生年月日 | 年 　月　　日 | | | 年齢 | | 歳 | | |
|  | | | | 女 | | |
| 障害の種類  及び程度 | 身体障害者手帳  療育手帳  精神保健福祉手帳 | | | | | （記載内容） | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療  （精神通院） | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 障害支援区分 | | |  | | （区分）非該当　１　２　３　４　５　６ | | | | | | | | | | |
|  | | （認定有効期間） 　年　　月　　日 ～　　年 　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 生活歴 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現病歴 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族状況 |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |  |  | |  | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 訓練等給付等の受給状況 | サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | | （支給決定期間）　　年　 月 　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | | |
| （支給量） | | | | | | （支給決定期間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 介護保険給付に係るサービスの利用の状況 | （要介護度）　非該当　支１　２　介１　２　３　４　５ | | | | | | | | | | | | | | |  |
| サービス種類： | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏面）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 訓練等給付の利用に関する内容 | |
| 援助目標等 |  |  | |
| 標準利用期間に達成されたこと |  |  | |
| 標準利用期間で残された課題 |  | |  |
|  | |  |
| 課題の分析 |  | |  |
|  | |  |
| 延長希望期間 | （　　　　） | | か月 |
| 今後の延長で達成される予定事項 |  | |  |
|  | |  |
| 延長終了後の計画 |  | | |
| 備　考 |  | | |
| 計画作成日 | 年　　月　　日 | | |
| 施設名 |  | | |
| 利用者確認 |  | | |