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 |  |