

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続児童支援利用援助)

申請者氏名(児童氏名)		障害支援区分	1・2・3・4・5・6	相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		負担上限月額		計画作成担当者 (電話番号)	
地域相談支援受給者証番号		児童通所受給者証番号		申請者同意署名欄	
計画作成日		モニタリング実施日			

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・継続児童支援利用計画【週間計画表】

申請者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号		負担上限月額		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		担当者電話番号	

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								
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