在宅サービス利用計画書　　　　　　　　　　　　　□罹患時用

□通常時用

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |

川口市障害福祉課　支援第1・2係　宛

次の者にかかる在宅支援計画について、以下のとおり報告します。期間：令和　年　　月 ～　年　月まで

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | サービス種別 |  |
| 生年月日 |  |
| 住所 |  |

【計画内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 支援提供内容（賃金・工賃につながる活動） |
|  |
| 2 | 就労支援の実施内容 |
|  |
| 3 | 在宅支援助スケジュール　（支援開始時～支援終了時の報告を含める） |
|  |
| 4 | 利用者の体調管理に関する支援 |
|  |
| 5 | 事業所が実施した相談支援 |
|  |
| 6 | 家族や関係機関との連携 |
|  |
| 7 | 利用者と連絡がつかなくなった際等の対応方法 |
|  |
| 8 | 訓練等で疑義が生じた際の支援体制（提供される訓練に対して、疑問が生じた際の対応方法について） |
|  |
| 9 | その他 |
|  |

＜計画作成担当者＞　　　　　　　　　　　　　　＜利用者確認欄＞

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記内容に間違いありません。記名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者記名：