

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

受給者証番号	4000007569	利用者氏名(児童氏名)	市来 菜歩 様	障害支援区分		保護者(児童)または後见人	市来 剛 様	本人との続柄	父
利用者負担上限額	0	相談支援事業者名	指定障害児相談事業所 わかば	電話番号	080-6288-8300	計画作成担当者	齊藤美香		
計画作成日 ※面談日又は同意署名日を記載	令和4年12月9日	モニタリング実施月 ※実施月に○	1 , 2 , 3 , 4 , 5 , ⑥ , 7 , 8 , 9 , 10 , 11 , ⑫			利用者同意署名欄			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	本人								
	家族	コミュニケーション力を身に着けてほしい。場面緘黙症が改善してほしい。お友達と遊べるようになってほしい。挨拶ができるようになってほしい。							
総合的な援助の方針(本人がめざす生活に沿った支援の方針)	幼稚園でみんなと一緒に活動できるようになる								
長期目標 (半年～1年後の状態)	お友達や先生とコミュニケーションが取れるようになる								
短期目標 (3か月後の状態)	一人で楽しく通えるようになる								
優先順位	解決すべき課題 (めざす生活を実現するための本人のニーズ「～したい」)	支援目標 (達成目標「～する」)	達成時期	課題解決のための関係者の役割(福祉サービス等)		課題解決のための本人の役割	評価時期 (モニタリング実施月)	その他留意事項及び評価時期の設定理由	
				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)				
1	周りからみられると、動作が固まり言葉も出なくなる	支援の中で活動できるようになる	6ヶ月	児童発達支援事業所 発達支援 月・水・木・土曜日 23日/月	児童指導員 児童発達支援事業所 しあわせ駅	休みなく通う	令和5年1月		
2	菜歩様の障害の確定がまだ難しい年齢の為、診察の際の見解にバラツキがあるため、お母様が疑問や不安が強くなることもある	お母様の不安の解消を図っていく	6か月	児童発達支援事業所 相談支援事業所	しあわせ駅大野城: 城戸様 相談支援事業所:わかば	わからないことは、なんでもご相談ください	令和5年6月		
3									
4									
5									
6									