

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	1000011659	利用者氏名(児童氏名)	遠藤 陽生 様	障害支援区分		保護者(児童)または後見人	遠藤 かすみ 様	本人との続柄	母
利用者負担上限額	4,600	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		
計画案作成日 ※面談日又は同意署名日を記載	令和7年1月14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	いっぱいお友達が欲しい。							
	家族	自分から友達に声をかけられるようになってもらいたい。							
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)	自分から友達に声をかけられるように支援します								
長期目標 (半年～1年後の状態)	自分から友達に声をかけてみましょう								
短期目標 (3か月後の状態)	成功体験を積んで自信をつけましょう								
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	同級生とのコミュニケーションが 苦手	自信をつけましょう	3ヶ月	放課後等デイサービス 1回/週 水曜日	カラーズFC 0942-50-9921	成功体験を通して自信をつけて いく	令和6年6月		
2									
3									
4									
5									
6									