



サービス等利用計画【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	〇〇 〇〇			相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号	11201〇〇〇〇〇			計画作成責任者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者	
計画作成日	〇年〇月〇日	計画開始年月日		モニタリング期間(開始年月)	

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								主な日常生活上の活動
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00	身体介護(入浴)		身体介護(入浴)		身体介護(入浴)			
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--