

継続サービス利用計画・継続障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	様	(障害支援区分)	相談支援事業者名
通所受給者証番号		利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		障害福祉サービス受給者証番号	

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	
----------------------	--