自立支援計画

様式B

令和〇年〇月〇日

（団体名）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | 生年月日 | 年　月　日 | 相談開始日 | 年　月　日 | 関係  機関 | 自治体・担当者 |  |
| 氏名 | |  | 連絡先 |  |
| 相談理由 | |  | これまでの支援状況 |  | | | | | |
| 心身の状況 | | 健康に関する懸念 |  | | | | | | |
| 服薬状況 |  | | | 手帳取得状況 |  | | |
| 親族等 | 本人との関係 | 氏名 | 年齢 | 住所、関わり等 | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 課題項目 | 課題 | （本人の意向を踏まえた）目標 | 目標達成期間 | 支援内容 | 支援者 |
|  |  |  |  |  |  |  |