

# 地域移行支援計画書(案)

利用者名		障がい支援区分		地域相談支援事業者名	
地域相談支援受給者証番号		障がい福祉サービス受給者証番号		地域移行計画作成担当者	
現在利用中の施設・病院		施設・病院の連絡先		計画相談支援事業者名	
地域移行後の居住予定先		地域移行予定日		計画相談担当者	
地域移行支援計画作成日					

利用者及び家族の生活に対する意向(希望する生活)					
総合的な支援の方針					

No	地域で暮らすために取り組むこと	本人が取り組むこと	支援者が取り組むこと	家族もしくは病院・施設が取り組むこと	達成期間	実施にあたっての留意事項
1						
2						
3						
4						
5						

利用者同意署名欄	印
----------	---

代筆者/代理人 (どちらかに○)	印
---------------------	---