

# 移動支援計画書

|      |           |     |       |     |          |
|------|-----------|-----|-------|-----|----------|
|      |           | 作成日 | 年 月 日 | 作成者 |          |
| 利用者名 | 生年月日      | 住所  |       |     | 連絡先      |
|      | 年 月 日( 歳) | 〒 - |       |     | TEL: ( ) |

| 移動支援の内容・目的地 | 曜日   | 時間帯 | 目的地(内容) | 必要な時間数 |
|-------------|------|-----|---------|--------|
|             | 日    |     |         |        |
|             | 月    |     |         |        |
|             | 火    |     |         |        |
|             | 水    |     |         |        |
|             | 木    |     |         |        |
|             | 金    |     |         |        |
|             | 土    |     |         |        |
|             | 週間以外 |     |         |        |
|             | 週間以外 |     |         |        |
|             | 週間以外 |     |         |        |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 本人が1人で外出・移動できない理由 |  |
|                   |  |
|                   |  |

|                |  |
|----------------|--|
| 家族が本人を支援できない理由 |  |
|                |  |
|                |  |

|           |  |
|-----------|--|
| 移動時に必要な支援 |  |
|           |  |
|           |  |

|                   |           |             |
|-------------------|-----------|-------------|
| 車等に乗車している際の支援の必要性 | ( 有 ・ 無 ) | (具体的な支援の内容) |
|                   |           |             |
|                   |           |             |

|       |         |      |                 |
|-------|---------|------|-----------------|
| 希望支給量 | ヘルパー支援型 | 時間/月 | ※「必要な時間数」の合計を記入 |
|-------|---------|------|-----------------|