

利用者名 _____ 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	*1	サービス種別	*2	頻度	期間

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。