

児童発達支援管理責任者	グループリーダー	担当

愛川町児童発達支援センター「ひまわりの家」

令和 年度 個別支援計画書（前期）（後期）

児童発達支援管理責任者：

担当者：

児童氏名 _____

利用開始年月日 _____ 年 月 日

長期目標（保護者の願い） 生活 発達

計画の実施期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 作成日：令和 年 月 日

	生活（食事・排泄・着脱・睡眠等）	発達（運動・遊び・言語・理解・情緒・対人等）
前期目標		
支援内容		
評価	(計画の修正日：令和 年 月 日)	(計画の修正日：令和 年 月 日)

上記の個別支援計画に同意し交付を受けました 令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印