

高次脳機能障害支援計画通知書

_____ 号
平成 年 月 日

_____ (市・区・町・村)

_____ 様

_____ 印

申請のあった高次脳機能障害支援について、下記の通り支援計画を作成しましたので通知します。
この内容に質問等がある場合には下記の支援担当者までご連絡下さい。

記

支援を受ける方の 氏 名			
支 援 の 目 標			
支 援 開 始 日	平成 年 月 日		
支 援 予 定 期 間	約 カ月		
支 援 計 画	支援項目	支援内容	支援施設・担当者・頻度など

支 援 拠 点 機 関			
支 援 担 当 者	氏名 所属機関住所 TEL : - - FAX : - -		
支 援 協 力 施 設			