

社会復帰・生活・介護支援計画書（新規／継続 回目）

氏名： _____ 高次脳機能障害支援コーディネーター： _____

支援計画策定会議	開催日：	年	月	日（	曜日）	：	～	：	
	出席者：								
現在の利用施設：									
支援の目標と期間：									
支援内容：就業支援 就学支援 授産施設支援 小規模作業所等支援 就業・就学準備支援 在宅支援 施設での生活訓練支援 施設での生活支援									

支援項目	支援目標	支援内容	支援施設・担当者・頻度など