

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			