|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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。