

疾病等	ひとり親	その他
-----	------	-----

週間援助計画表

作成年月日： 年 月 日（ 新規・継続・変更 ）

ふりがな			住所	墨田区		
利用者氏名						
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
7:00						
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						
その他注意事項等						
※アレルギー：無・有()						
※ペット：無・有()						
※駐輪場：						

サービス内容: ①食事の準備や片付け
④その他必要な家事

②居室の掃除・整理整頓

③衣類の洗濯