

障害児・者支援利用計画(セルフプラン)

市川市

提出日

年

月

日

フリガナ		ジュウショ 住所			セイネン ガツピ 生年月日	ネン 年			ガツ 月	ニチ 日
リョウシャ シメイ 利用者氏名	(オトコ ・ オンナ)	デンワ バンゴウ 電話番号		(— —)		歳				
ホゴシャ シメイ ソクガラ 保護者氏名 (続柄)	()	緊 急 連 絡 先	シメイ ソクガラ 氏名 (続柄)	()	ケイカク サクセイピ 計画作成日	ネン 年		ガツ 月	ニチ 日	
ショウガイ テイド ク ブン 障害 程度 区分			ジュウショ 住所		ケイカク サクセイシャ 計画作成者					
ジュキュウシヤショウバンゴウ 受給者証番号			デンワ バンゴウ キンキュウジ レン 電話番号(緊急時に連 ラク ト ケイタイトウ 絡が取れる携帯等)	(— —)				ソクガラ 続柄		
リョウシャ ホンニン オヨ カゾク 利用者本人及び家族の希望										

タンキ モクヒョウ 短期目標 (概ね3ヶ月)	
チョウキ モクヒョウ 長期 目標 (概ね半年から1年)	

リョウ フクシ トウ 利用する福祉サービス等		
シュルイ 種類(サービス名に ☒)	ナイYOU ・ リョウ(ヘンド・ジカン) 内容 ・ 量(頻度・時間)	サービス提供 テイキョウ ジギョウシャ メイ タントウシャ メイ デンワ 事業者名(担当者名・電話)
☐ 居宅介護(身体 ・ 家事 ・ 通院 ・ 乗降) ☐ 重度訪問介護 ☐ 施設入所 支援 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立生活援助 ☐ 移動支援 ☐ 訪問入浴 ☐ その他() ☐ 行動援護 ☐ 生活介護 ☐ グループホーム ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 就労 継続 支援(A型 ・ B型) ☐ 日中 一時 支援 ☐ 同行援護 ☐ セイカツ カイゴ ☐ 就労 移行 支援 ☐ 就労 定着 支援 ☐ 地域活動支援センター		

その他留意事項(配慮してほしいこと)	
--------------------	--

ショメイ 署名	☐	ホンニン 本人		※ ダイリニン バアイ 代理人の場合	ソクガラ 続柄	保護者 ・ 事業所職員 ・ 後見人 ・ その他()		
	☐	ダイリニン 代理人			ショゾク 所属		レンラク サキ 連絡先	

週 間 ケ ア 計 画

氏名

年 月 日作成

	早 朝	午 前	午 後	夜 間	摘 要
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
摘要	事業所名称・連絡先等を記入してください。				