

障害児・者支援利用計画(セルフプラン)

市川市

提出日〇年〇月〇日

フリガナ	イチカワ タロウ										ジュウショ 住所		イチカワシ 市川市〇〇				セイネン ガツビ 生年月日		ショウワ 昭和〇〇年				ガン 〇月		ニチ 〇日				
リョウシャ シメイ 利用者氏名	イチカワ タロウ (オコ男・オンナ女)										デンワ バンゴウ 電話番号		(- -)						〇〇 歳										
ホゴシヤ シメイ ソクガラ 保護者氏名 (続柄)	イチカワ イチロウ (チチ父)										緊急 急 連 絡 先	シメイ ソクガラ 氏名 (続柄)		ドウサ 同左 ()				ケイカク サクセイビ 計画作成日		レイワ 令和		ガン 元		ネン 年		ガツ 10月		ニチ 15日	
ショウガイ タイド ク ブン 障害 程度 区分	なし ・ (あり) (クブン 区分3)											ジュウシヨ 住所		シ F市〇〇															
ジュウキョウシャショウインゴウ 受給者証番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	デンワ バンゴウ キンキョウジ 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)		(0 9 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0)				ケイカク サクセイシヤ 計画作成者		イチカワ 市川		イチロウ 一郎		ソクガラ 続柄		チチ 父		
リョウシャ ホンニン オヨ カゾク キボウ 利用者本人及び家族の希望	生活訓練の事業所に通い、食事作りをおぼえたい。人とうまく付き合えるようになりたい。ヘルパーに家事を手伝ってもらいたい。																												

タンキ モクヒョウ 短期目標 (概ね3ヶ月)	生活訓練の事業所に休まず通う。																											
チョウキ モクヒョウ 長期 目標 (概ね半年から1年)	一人で生活できるようになったら仕事をしたい。																											

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 ☑)														ナイヨウ ・ リョウ(ヒンド・ジカン) 内容 ・ 量(頻度・時間)										サービス提供 事業者名(担当者名・電話)				
☒ 居宅介護(身体 ・ (カジ家事) ・ ツウイン通院 ・ ジョウコウ乗降) ☐ 行動支援 ☐ 同行支援 ☐ 重度訪問介護 ☐ 短期入所 ☐ 生活介護 ☐ 施設入所 支援 ☐ グループホーム ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 就労 移行 支援 ☐ 就労 移行 支援 ☐ 就労 継続 支援(A型 ・ B型) ☐ 就労 定着 支援 ☐ 移動支援 ☐ 日中 一時 支援 ☐ 地域活動支援センター ☐ 訪問入浴 ☐ その他()														生活訓練事業所への通所(月曜日～金曜日までの週5日 9時～17時まで) 居宅介護(家事援助)(月・水・金の週3回 17時～18時まで)										〇△ヘルプ 居宅介護事業所 (担当 〇氏) 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇×生活訓練事業所 (担当 〇氏) 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

タ リュウイ ジコウ ハイリョ その他留意事項(配慮してほしいこと)																												
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

シヨメイ 署名	☐	ホンニン 本人		ダイリニン ※ 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	市川 一郎		ショゾク 所属		シラク 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		9 ○×事業所 自立訓練 17		18 ヘルパー(家事) 19	
火		9 ○×事業所 自立訓練 17			
水		9 ○×事業所 自立訓練 17		18 ヘルパー(家事) 19	
木		9 ○×事業所 自立訓練 17			
金		9 ○×事業所 自立訓練 17		18 ヘルパー(家事) 19	
土					
日					
摘要	・○×事業所 自立訓練(生活訓練)(担当:○氏) Tel: — — ・○△事業所 ホームヘルプサービス(担当:△氏) Tel: — —				