

障害児・者支援利用計画(セルフプラン)

伊 川 市 提出日 年 月 日

フリガナ		住所		生年月日	年 月 日
利用者氏名 <small>(男 ・ 女)</small>		電話番号	(— —)		歳
保護者氏名 (続柄)		氏名 (続柄)	()	計画作成日	年 月 日
障害程度区分		住所		計画作成者	続柄
受給者証番号		電話番号(緊急時に連絡が取れる携帯等)	(— —)		
利用者本人及び家族の希望					

短期目標 (概ね3ヶ月)	
長期目標 (概ね半年から1年)	

利用する福祉サービス等		
種類(サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量(頻度・時間)	サービス提供 事業者名(担当者名・電話)
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体 ・ 家事 ・ 通院 ・ 乗降) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 支援 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 就労 継続 支援(A型 ・ B型) <input type="checkbox"/> 就労 定着 支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中 一時 支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他()		

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

署名	<input type="checkbox"/>	本人	※ 代理人の場合	続柄	保護者 ・ 事業所職員 ・ 後見人 ・ その他()		
	<input type="checkbox"/>	代理人		所属	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。				