

障害児・者支援利用計画(セルフプラン)

伊 川 市

提出日〇年〇月〇日

フリガナ	イチカワ タロウ		住所	伊川市〇〇		生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日						
利用者氏名	市川 太郎 (男・女)		電話番号	(- -)		〇〇 歳							
保護者氏名 (続柄)	市川 一郎 (父)		氏名 (続柄)	同左 ()		計画作成日	令和 元 年 10 月 1 5 日						
障害 程度 区分	なし ・ (あり) (区分3)		住所	F市〇〇		計画作成者	市川 一郎 続柄 父						
受給者証番号	1	2	3	4	5		6	7	8	9	1	電話番号(緊急時に連絡が取れる携帯等)	(0 9 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0)
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ほしい。												

短期目標 (概ね3ヶ月)	生活訓練の事業所に休まず通う。
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。

利用する福祉サービス等		
種類(サービス名に ☑)	内容・量(頻度・時間)	サービス提供 事業者名(担当者名・電話)
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(身体 ・ (家事) ・ 通院 ・ 乗降) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 支援 <input checked="" type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 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)	○△ヘルプ 居宅介護事業所 (担当 ○氏) 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ○×生活訓練事業所 (担当 ○氏) 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

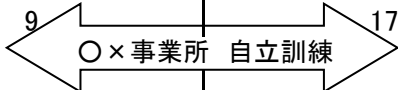
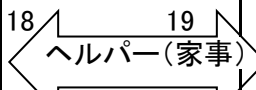
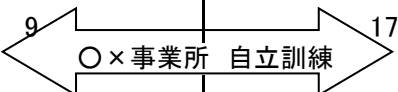
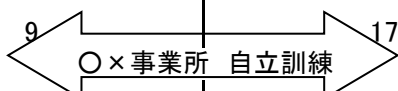
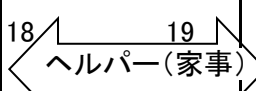
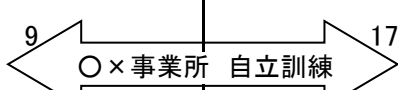

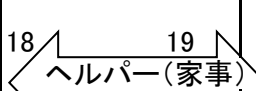
その他留意事項(配慮してほしいこと)	
--------------------	--

署名	<input type="checkbox"/> 本人	市川 一郎	※ 代理人の場合	続柄	保護者 ・ 事業所職員 ・ 後見人 ・ その他()		
	<input checked="" 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	<p>・○×事業所 自立訓練(生活訓練)(担当:○氏) TEL: - -</p> <p>・○△事業所 ホームヘルプサービス(担当:△氏) TEL: - -</p>				

※記入例

障害児・者支援利用計画(セルフプラン)

伊 川 市

提出日〇年〇月〇日

フリガナ	イチカワ タロウ		住所	伊川市〇〇		生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日			
利用者氏名	イチカワ タロウ (男・女)		電話番号	(- -)		〇〇 歳				
保護者氏名 (続柄)	イチカワ イチロウ (父)		氏名 (続柄)	同左 ()		計画作成日	令和 〇年 〇月 〇日			
障害程度区分	なし・(あり) (区分3)		住所	F市〇〇		計画作成者	イチカワ イチロウ (続柄) 父			
受給者証番号	1	2	3	4	5		6	7	8	9
利用者本人及び家族の希望	例) 就労継続支援A型事業所を利用しながら一般就労し、自立した生活が送れるようになりたい。									

短期目標 (概ね3ヶ月)	例) 休まず毎日通う。仕事の内容、他の利用者さんの名前を覚える。
長期目標 (概ね半年から1年)	例) 他の利用者とのコミュニケーションを取りながら楽しく仕事をする。

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 checked="" 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 ()	毎週月～金曜日 9:30～16:00	事業所名: ○×△事業所 (担当 ○〇氏) 電話番号 ○〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

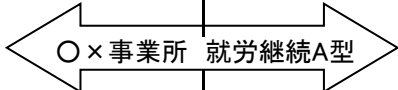
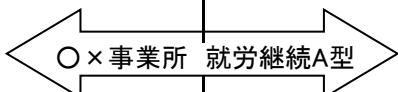
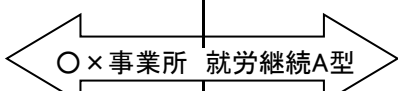
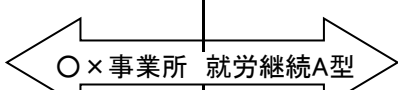
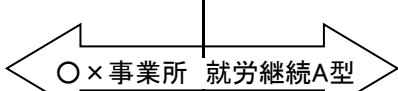
その他留意事項 (配慮してほしいこと)	
---------------------	--

署名	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	どちらかに必ず自筆署名	※ 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		 9:30 16:00			
火		 9:30 16:00			
水		 9:30 16:00			
木		 9:30 16:00			
金		 9:30 16:00			
土					
日					
摘要	就労継続支援A型事業所 ○×△事業所 電話 ○○○-○○○-○○○○				