

障害児・者支援利用計画(セルフプラン)

伊 市 川 市

提出日 年 月 日

フリガナ		ジュウショ 住所			セイネン ガッピ 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 サクセイビ 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				
ジュキュウシャジュウバンゴウ 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 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 キボウ 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 メイ)	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 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(キョタク カイゴ シンタイ カジ ツウイン ジョウコウ) ☐ 重度訪問介護 ジュウド ホウモン カイゴ ☐ 施設入所 支援 シセツ ニュウショ シエン ☐ 自立訓練(生活訓練) ジリツ クンレン セイカツ クンレン ☐ 自立生活援助 ジリツ セイカツ エンジョ ☐ 移動支援 イドウ シエン ☐ 訪問入浴 ホウモン ニュウヨク ☐ その他(タ) ☐ 行動援助 コウドウエンゴ ☐ 生活介護 セイカツ カイゴ ☐ 自立訓練(機能訓練) ジリツ クンレン キノウクンレン ☐ 就労移行支援 シュウロウ イコウ シエン ☐ 就労 継続 支援(シュウロウ ケイゾク シエン ガタ ・ ガタ) ☐ 就労 定着 支援 シュウロウ テイチャク シエン ☐ 日中 一時 支援 ニッチュウ イチジ シエン ☐ 地域活動支援センター チイキ カツドウ シエン		

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 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					
	事業所名称・連絡先等を記入してください。				
	摘要				