

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

作成日

○年○月○日

ふりがな 利用者氏名	さま たろう 座間 太郎	生年月日	昭和47年11月3日	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅〔 - - 〕 <input type="checkbox"/> 携帯〔 - - 〕	<input type="checkbox"/> その他(請) 太枠内を記入
受給者番号		障害支援区分	なし・1・2 ③ ・4・5・6	作成補助者(保護者)		
現在困っていること・課題・手伝ってもらいたいこと・続けていきたいこと	脳梗塞の後遺症でマヒがある。一人暮らしなので食事作りや掃除が難しく、手伝ってもらいたい。ごみ捨てができない。病院に通うのにタクシー代が高い。仕事を休職している。傷病手当をもらっているが先行きが不安。			1年後の自分(本人)にどうなっていてほしいか	リハビリをして職場復帰したい。 身の回りのことは自分でできるようになりたい。	

利用したいサービスに☑		利用したいサービスの内容について		利用回数
日中活動等	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能)	【児童のサービス】 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	【利用する事業所名】※複数利用する場合は全て記入してください。 【利用する目的】 【現在取り組んでいること】※新規の場合は見学等を踏まえ予定を記入してください。	月 日
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 療養介護		【利用する事業所名】※複数利用する場合は全て記入してください。 【今後の予定】 <input type="checkbox"/> 現在の事業所利用を継続 <input type="checkbox"/> その他:(いつ頃) (何を) を予定している。	
住まい・在宅サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 【地域相談支援】 <input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	【利用する事業所名】※複数利用する場合は全て記入してください。 ざまりんヘルパーステーション 【利用する目的】 1人暮らしを続けるため。転倒しやすいので、ケガをしないようにサポートしてもらおう。 【支援内容】 買い物、食事作り、掃除(居室、風呂)、ごみすて	【短期入所】 月 日 【その他】 月 10 時間
上記以外に利用するもの	<input type="checkbox"/> 日中一時支援(月 日) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 移動支援(月 時間)			

お住まいの地域に○をつけてください: 入谷西・入谷東・栗原・栗原中央・小松原・相模が丘・さがみ野・座間・新田宿・相武台立野台・西栗原・東原・ひばりが丘・広野台・緑ヶ丘・南栗原・明王・四ツ谷・分らない

※共同生活援助、施設入所支援、療養介護の方は利用前の市内住所に○をつけてください。

しゅうかんけいかく ひょう
◎ 週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00	起床							
	朝食							
9:00								
10:00		家事援助						
11:00								
12:00	昼食							
13:00								
14:00					家事援助			
15:00								
16:00								
17:00								
18:00	夕食							
19:00								
20:00								
21:00								
22:00	就寝							
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

※週間計画表も必ず記載してください。変則的な利用の場合、直近で福祉サービスを最も利用した1週間の様子を記載してください。