サービス等利用計画・障がい児支援利用計画（セルフプラン）

ふりがな	くまがや　じろう	生年月日	平成　5 年 10 月 10 日	連絡先電話番号	０８０－○○○○－○○○○
利用者氏名（児童氏名）	熊谷　次郎				
受給者証番号	○○○○○○○○○○	障害支援区分	なし・あり（1・2・3・4・5・6）	計画作成日	年　月　日

記入した日付でお願いします

障害福祉サービス受給者証をお持ちの方は受給者証番号を記入してください。

障害支援区分がついている方は記入してください。

希望する生活（困っていることも記入してください）	**将来希望すること、やりたいことを記入してください。** 例：○○に通い、2年以内に就職したい。○○を利用しながら、自分に合う就職先を見つけたい。仕事もプライベートも充実した生活が送れるようになりたい。
目標	**就労移行支援を利用して、どのようなことを頑張りたいか記入してください。** 例：就職に役立つ資格を取得したい。　就職に対する不安があるので、ビジネスマナーや面接等、一つ一つ身に付けていきたい。　就労移行支援に週5日通い、生活リズムを安定させるところから始めたい。

希望する生活のためにいつまでに何をするか

希望する生活のために何をするか	いつまでに（ 目標時期に ☑ ）
上記希望する生活に向けて、日々の生活の中でできることを記入してください。 例：○○（就労移行支援事業所名）に休まず通うために、規則正しい生活を送る。わからないことがあれば、通所先の職員に相談する。疲れが残っている時はなるべく早く寝る。	☐ 1か月後 ☐ 半年後 ☑ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他（　　）

上記目標をいつまでに達成出来たらよいかイメージして記入して☑

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）	提供事業者名（担当者名・電話）
☐ 居宅介護（身体・家事・通院・乗降 ）　☐ 行動援護　☐ 同行援護 ☐ 短期入所　☐ 生活介護　☐ 施設入所支援 ☐ 自立訓練（機能訓練）　☐ 自立訓練（生活訓練）　☐ 宿泊型自立訓練 ☑ 就労移行支援　☐ 就労継続支援（A型）　☐ 就労継続支援（B型） ☐ 就労定着支援　☐ 自立生活援助　☐ 共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ） ☐ 児童発達支援　☐ 放課後等デイサービス　☐ 保育所等訪問支援 ☐ 移動支援　☐ 日中一時支援 ☐ その他　（	**就労移行支援をどのくらい利用したいのか記載してください。** 例：週５日　月～金　一日通所 ※最初は少ない日数や時間で利用する場合、将来的にはどのくらい増やしたいかを記入してください。	○○事業所（就労移行支援事業所名）　担当者名が決まっている場合は記載してください。

利用する障害福祉サービスのところに☑を入れてください。

その他留意事項	

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								月～金 ○○○事業所通所 週１回買い物に外出
	起床・朝食・整容							
8:00								
10:00	就労移行支援							
12:00						昼食		
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
								受診 ○○病院○○科　月１回
18:00	夕食							
20:00								
	入浴							
22:00	就寝							
0:00								
2:00								
4:00								

サービス利用を想定した曜日のスケジュールを記入してください。
※曜日が決まっていない場合は希望を記入してください。

作成者が申請者（利用者本人）ではない場合、代筆者も署名欄の下に氏名の記入をしてください

作成者署名欄	熊谷　次郎