

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 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
利用者氏名(児童氏名)	熊谷 次郎				
受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	年 月 日
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				

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：〇〇に通い、2年以内に就職したい。〇〇を利用しながら、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を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 <input checked="" type="checkbox"/>)
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：〇〇(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。	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他() <p>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</p>

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)	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"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <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"/> 宿泊型自立訓練 <input checked="" 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"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <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"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他 () <p>利用する障害福祉サービスのところに<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</p>	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。	〇〇事業所(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。
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							
8:00	起床・朝食・整容														
10:00	就労移行支援							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。							
12:00									昼食						
14:00															
16:00															
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。

週単位以外のサービス
受診
○○病院○○科 月1回

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