

サービス等利用計画案(セルフプラン)

作成日

年

月 日

ふりがな		せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	さい 歳	しょうがいしえんくぶん 障害支援区分	くぶん 区分
ふりがな		せたいこうせい 世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()		でんわばんごう 電話番号			
さくせいしゅ 作成者	ぞくがら 続柄							

こうありたいと思ふ暮らし	暮らしの課題
--------------	--------

こうありたいと思ふ暮らしに必要なこと 【居宅介護系】 <input type="checkbox"/> 身のまわりのことを手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にしたい <input type="checkbox"/> 家事を手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 病院等につきそってもらいたい <input type="checkbox"/> 家事や身の回りのこと、外出をてつだってほしい <input type="checkbox"/> 外出につきそってもらいたい <input type="checkbox"/> 視覚障害のため外出につきそい代読や代筆をしてもらいたい <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい <input type="checkbox"/> その他 ()	【日中活動系】 <input type="checkbox"/> 支援を受けながら活動したい <input type="checkbox"/> 就労を目指して仕事の練習をしたい <input type="checkbox"/> 支援を受けながら就労したい <input type="checkbox"/> 簡単な作業などの活動がしたい <input type="checkbox"/> 自立に向けた練習をしたい <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい <input type="checkbox"/> その他 ()	【居住系、その他】 <input type="checkbox"/> 家族と離れて暮らす体験をしたい <input type="checkbox"/> サポートのある住まいで暮らしたい <input type="checkbox"/> グループホームで暮らしたい <input type="checkbox"/> 自立した生活を目指して練習したい <input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい <input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい <input type="checkbox"/> その他 ()
---	---	--

利用する福祉サービス等

サービス種類	希望する時間数	いつまで	サービス種類	希望する時間数	いつまで
<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	時間 / 月 時間 / 月 時間 / 月 回 / 月 時間 / 月		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援助 <input type="checkbox"/> 同行援助 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	時間 / 月 時間 / 月 時間 / 月 時間 / 月 回 / 月	
<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	日 / 月 日 / 月 日 / 月		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能・生活)	日 / 月 日 / 月 日 / 月	
<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援		その他のサポート・留意事項	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日中一時支援	日 / 月 日 / 月	
			区保健福祉課受理日	障害支援 担当者	