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①）

利用者氏名	○○○　○子	障害支援区分		生年月日	昭和・(平成)・令和２年６月２５日	連絡先電話番号	０３－３４６３－○○○○
受給者番号	1234567890			計画作成日	平成３０年７月２５日	作成補助者（または保護者）	○○○　△夫

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、目標など	家事をヘルパーさんと一緒に行い、作業所に通いながら、少しずつ一人で生活が出来るようになりたい。

◎これから利用したいサービス

日中活動	□就労選択支援 □就労移行支援 □就労定着支援 □就労継続支援A型 ☑就労継続支援B型 □自立訓練(機能訓練) □自立訓練(生活訓練) □生活介護 □療養介護 □児童発達支援 □放課後等デイサービス □医療型児童発達支援 □保育所等訪問支援 □現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい。	目標：	☑通所日は、休まず通う。 □日中活動先で、就労や自立にむけて活動する。 □集団行動ができるようになる。(集団の中で活動できるようになる) □支援を受けて創作的活動をする。 □コミュニケーション能力をつける。 □療育を受ける。 □通所 をして、生活 リズムを整 える。 □その他（　　）	(利用回数)	(週)・月　5　回
住まい 共同	□共同生活援助 □宿泊型自立訓練 □施設入所支援 □現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい。	目標：	□支援や介護、助言を受けて、日常生活を送る。 □自立した生活を目指して練習する。 □その他（　　）	週・月　回	
住まい 在宅	☑居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） □重度訪問介護 □同行援護 □短期入所 □地域移行支援 □重度障害者等包括支援 □行動援護 □地域定着支援 □自立生活援助 □現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい。	目標：	□入浴、排泄、食事等のサポートを受ける。 ☑家事を手伝ってもらい、自分でできることが増える。 □一人で通院できないので病院に付き添ってもらい、体調管理ができるようになる。 □支援を受けて、安全に、安心して外出する。 □家族の介護負担を軽減する。 □必要な時にサポートがあるところで過ごすことができる。 □その他(　　)	(週)・月　2　回	

※この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

区福祉部受理日	年　月　日	担当者	

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②）

◎週間計画表　　年　月　日

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00	就労継続支援Ｂ型（○□△作業所）							
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00		家事援助			家事援助			
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）