



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

①

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

計画作成日 平成 年 月 日 補助作成者 本人との関係

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと、現在の生活全般の解決すべき課題など

希望とする生活 目標など	課題	
-----------------	----	--

◎サービスの利用意向について(レ)を記入してください。

現在のサービスを継続 新規のサービスを希望 現在のサービスを変更 中止

日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能・生活) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	<現状と課題(困っていること)>	<目標>
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> その他()		

◎上記以外で利用しているサービス・これから利用したいサービスを記入してください。

その他		<現状と課題(困っていること)>	<目標>
-----	--	------------------	------

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

※介護保険サービスを利用している場合は居宅サービス計画書を添付してください。



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ン②)

場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。

◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも 主に にちじょう 日常生活の活動 かつ どう
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								

しゅうたんい いがい 週単位以外 のサービス	