

# セルフプラン【者】

# 見本

事業所にセルフプランの写しを求められる場合があるため、写しを取っておくことをお勧めします。

こうやって生活したい、こんなことをやってみたい、こうありたいと思う暮らしや自己実現に向けて取り組みたいことを記入して下さい。

サービス利用の意向について(☑)を入れて下さい。新規・変更の場合は日付を記入して下さい。

利用する福祉サービスを選んで(☑)を入れて下さい。また、その目標を記入して下さい。

ふりがな	もりぐち たろう				
利用者名	守口 太郎		生年月日	昭和・平成・令和 65年 3月 4日	
受給者番号	1300000000	補助作成者	守口 一郎	関係	守口市事業所 職員

新規のサービスの場合、受給者番号は空欄にしてください。

◎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	働くための支援を受けながら、早く就職できるように なりたい。	課題	コミュニケーションが苦手で、自分の気持ちをうまく伝えられない。
-----------------	-----------------------------------	----	---------------------------------

現在の生活の中で困っていること、生活全般の解決すべき課題を記入して下さい。

◎サービスの利用意向について(☑)を記入してください。

新規のサービスを希望【開始日:令和5年2月29日】  現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】  現在のサービスを継続

訓練等 給付費	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 ※	当該月の日数-8日	<目標> 付き添いなくても一人で職場に通勤し、 仕事ができるようになる。 分からないことがあれば、自分から質問できる ようになる。	●所属企業 (  ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生活支援事業所 みみ <input type="checkbox"/> わかたけ園 <input checked="" type="checkbox"/> 地域生活支援センター シュポール <input type="checkbox"/> さいな <input type="checkbox"/> 北河内西 障害者就業・生活支援センター わーくぶらす <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	当該月の日数-8日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型	当該月の日数-8日		
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※	当該月の日数-8日		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	当該月における日数		
※は、利用 期間制限あり	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※	当該月の日数-8日		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 ※	当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 ※	当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助 ※	当該月における日数		
介護給付費	<input type="checkbox"/> 生活介護	当該月の日数-8日		
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護・家事援助・通院介助)	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)	日/月		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	当該月における日数		
※障がい支 援区分が必 要	<input type="checkbox"/> 療養介護	当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	当該月における日数		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> 移動支援(ガイドヘルパー)	時間/月		
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	回/月		

サービス利用の相談先があれば、具体的に記入して下さい。

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

※両面あります。

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主に日常生活の活動
0:00								
1:00								
2:00								●事業所 (守口市事業所 )
3:00								( )
4:00								( )
5:00								( )
6:00								
7:00								●医療 病院名(守口市保健センター )
8:00								診断名(身体表現性障がい )
9:00								通院頻度(週・日・年 1回)
10:00								歩こう会 月に1回 淀川河川敷を ウォーキング
11:00								●余暇活動 (歩こう会 )
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								
	就労継続支援B型 週2~3回 利用							
	週単位以外のサービス							

何曜日の何時にどんなサービスを利用するのかを記入して下さい。

週間予定表では書ききれないサービスについて記入して下さい。

サービス事業所、主な医療歴、余暇活動を具体的に記入して下さい。