

セルフプラン【者】

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。

ふりがな											計画作成日	令和 年 月 日		
利用者名											生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
受給者番号											補助作成者		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(☑)を記入してください。

☐ 新規のサービスを希望【開始日:令和 年 月 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 ※は、利用期間 制限あり	☐ 就労選択支援 ※		当該月の日数ー8日	<目標>	●所属企業 () ●相談先 ☐ 守口障害者生活支援事業所 みみ ☐ わかたけ園 ☐ 地域生活支援センター シュポール ☐ さいな ☐ 守口市基幹相談支援センター ☐ 北河内西 障害者就業・生活支援センター わーくぷらす ☐ その他 ()
	☐ 就労移行支援 ※				
	☐ 就労継続支援A型				
	☐ 就労継続支援B型				
	☐ 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※				
	☐ 共同生活援助(グループホーム)		当該月における日数		
	☐ 宿泊型自立訓練 ※				
	☐ 就労定着支援 ※				
☐ 自立生活援助 ※					
介護給付費 【障がい支援 区分が必要】	☐ 生活介護		当該月の日数ー8日		
	☐ 居宅介護	身体介護	時間/月(時間/回)		
		家事援助	時間/月(時間/回)		
		通院介助(身体伴う/伴わない)	時間/月(時間/回)		
	☐ 同行援護		時間/月		
	☐ 行動援護		時間/月		
	☐ 短期入所(ショートステイ)		日/月		
	☐ 施設入所支援		当該月における日数		
	☐ 療養介護				
	地域相談支援	☐ 地域移行支援			当該月における日数
☐ 地域定着支援					
地域生活 支援事業	☐ 移動支援(ガイドヘルパー)		時間/月		
	☐ 日中一時支援		回/月		

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。

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。

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活の活動
0:00								●事業所 () () () ()
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								●医療 病院 () 診断名 () 通院頻度 (週 ・ 月 ・ 年 回)
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								●余暇活動 () () () ()
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								
週単位以外のサービス								

両面あります。