

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 ☐ 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 ※	当該月の日数ー8日		
	☐ 就労継続支援A型	当該月の日数ー8日		
	☐ 就労継続支援B型	当該月の日数ー8日		
	☐ 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※	当該月の日数ー8日		
	☐ 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 ※	当該月における日数		
	☐ 就労定着支援 ※	当該月における日数		
	☐ 自立生活援助 ※	当該月における日数		
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・家事援助・通院介助)	時間/月		
	☐ 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	当該月における日数		
	☐ その他()			
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	当該月における日数		
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。

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。

◎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
3:00								()
4:00								()
5:00								()
6:00								()
7:00								
8:00								●医療
9:00								病院名()
10:00								診断名()
11:00								通院頻度(週・月・年 回)
12:00								
13:00								
14:00								●余暇活動
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	

※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。