

希望とする生活・目標など
 「こんなことをしてみたい」
 「こんな生活をしたい」など
 将来の目標を記入して下さい。

申請種別
 希望する内容に☑を記入
 します。
 ※ 新規・変更の場合は
 希望日を記入して下さい。

申請内容
 利用するサービスを選んで
 ☑を記入します。

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 60年 3月 4日 (40 歳)
受給者番号	1300000000	補助作成者	守口 一郎
		関係	〇〇事業所 職員
◎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	一般企業に就職して、できるだけ長く働き続けたい。 自立して1人暮らしをしたい。	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
◎サービスの利用意向について(☑)を記入してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 新規のサービスを希望【開始日:令和5年2月29日】 <input type="checkbox"/> 現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 現在のサービスを継続			
訓練等 給付費	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 ※ <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※ <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 ※ <input type="checkbox"/> 就労定着支援 ※ <input type="checkbox"/> 自立生活援助 ※	当該月の日数-8日	<目標> ・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。 ・規則正しい生活をして体調を整え、 通所日を増やす。 ・気持ちをコントロールして、仕事に 必要なコミュニケーションを取れる ようになる。
※は、利用 期間制限あり		当該月における日数	
介護給付費	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体伴う/伴わない)	当該月の日数-8日 時間/月 時間/月 時間/月	目標 サービスを利用する中で 達成したい目標を記入して下さい。
※障がい支 援区分が必 要	<input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 療養介護	時間/月 日/月 当該月における日数	
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	当該月における日数	
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援(ガイドヘルパー) <input type="checkbox"/> 日中一時支援	時間/月 回/月	

課題
 目標を達成するた
 めに解決したい課題を
 記入して下さい。

所属先企業
 一般就労中の方は
 就労先を記入して下さい。

相談先
 利用中の相談先があれば
 記入して下さい。

●所属企業
()
 ●相談先
 守口障害者生
 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()

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活の活動
0:00								●事業所 (守口市事業所 () () ()
1:00							事業所 利用する事業所の名 ()	
2:00								
3:00								●医療 病院名(〇〇病院 診断名(発達障がい 通院頻度(週・月・年) 1回 ()
8:00								
9:00								歩こう会 月に1回 淀川河川敷を ウォーキング
10:00	就労移行							
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00	週単位以外のサービス 月に1回など、週間予定表 に書ききれないサービスに ついて記入して下さい。							
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
週単位以外 のサービス								

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。

希望とする生活・目標など
「こんなことをしてみたい」
「こんな生活をしたい」など
将来の目標を記入して下さい。

申請種別
希望する内容に☑を記入
します。
※新規・変更の場合は
希望日を記入して下さい。

申請内容
利用するサービスを選んで
☑を記入します。

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 60年 3月 4日 (40歳)
受給者番号	1300000000	補助作成者	守口 一郎
		関係	〇〇事業所 職員
◎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	できるだけ長く働き続けたい。 自立して1人暮らしをしたい。	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
◎サービスの利用意向について(☑)を記入してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 新規のサービスを希望【開始日:令和5年2月29日】 <input type="checkbox"/> 現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 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 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※ <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 ※ <input type="checkbox"/> 就労定着支援 ※ <input type="checkbox"/> 自立生活援助 ※	当該月の日数-8日	<目標> ・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。 ・規則正しい生活をして体調を整え、 通所日を増やす。 ・気持ちをコントロールして、仕事に 必要なコミュニケーションを取れる ようになる。
※は、利用 期間制限あり		当該月における日数	
介護給付費	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体伴う/伴わない)	当該月の日数-8日 時間/月 時間/月 時間/月	目標 サービスを利用する中で 達成したい目標を記入して下さい。
※障がい支 援区分が必 要	<input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 療養介護	時間/月 時間/月 日/月 当該月における日数	
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	当該月における日数	
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援(ガイドヘルパー) <input type="checkbox"/> 日中一時支援	時間/月 回/月	

課題
目標を達成するた
めに解決したい課題を
記入して下さい。

所属先企業
一般就労中の方は
就労先を記入して下さい。

相談先
利用中の相談先があれば
記入して下さい。

●所属企業
()
●相談先
 守口障害者生
 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()

※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	主な日常生活の活動
0:00								●事業所 (守口市事業所 () () () ()
1:00							事業所 利用する事業所の名 ()	
2:00								
3:00							●医療 病院名(〇〇病院) 診断名(発達障がい) 通院頻度(週・月・年 回)	
8:00							歩こう会 月に1回 淀川河川敷を ウォーキング	●余暇活動 (歩こう会) () () ()
9:00							就A	
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								週単位以外のサービス 月に1回など、週間予定表 に書ききれないサービスに ついて記入して下さい。
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
週単位以外 のサービス								

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。

希望とする生活・目標など
 「こんなことをしてみたい」
 「こんな生活をしたい」など
 将来の目標を記入して下さい。

申請種別
 希望する内容に☑を記入
 します。
 ※ 新規・変更の場合は
 希望日を記入して下さい。

申請内容
 利用するサービスを選んで

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 60年 3月 4日 (40 歳)
受給者番号	1 3 0 0 0 0 0 0 0 0	補助作成者	守口 一郎 関係 ○○事業所 職員
◎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	事業所に通って生活リズムを整えたい。 いろいろな人と関わりながら、安心して生活したい。	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。 寝つきが悪く、朝起きられない。 家にひきこもりがちで、人と関わることがない。
◎サービスの利用意向について(☑)を記入してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 新規のサービスを希望【開始日:令和5年2月29日】 <input type="checkbox"/> 現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 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>
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
※は、利用 期間制限あり	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※	当該月における日数	・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。 ・規則正しい生活をして体調を整え、 通所日を増やす。 ・集中して作業に取り組む。
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
介護給付費	<input type="checkbox"/> 生活介護	当該月の日数-8日	●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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"/> 身体介護 時間/月		
※障がい支 援区分が必 要	<input type="checkbox"/> 居宅介護 家事援助 時間/月		●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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"/> 通院介助(身体伴う/伴わない) 時間/月		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 同行援護		●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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"/> 行動援護 時間/月		
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) 日/月		●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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"/> 施設入所支援 当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> 療養介護 当該月における日数		●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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"/> 地域移行支援 当該月における日数		
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援 当該月における日数		●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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"/> 移動支援(ガイドヘルパー) 時間/月		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 回/月		●所属企業 () ●相談先 <input type="checkbox"/> 守口障害者生 <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()

目標
 サービスを利用する中で
 達成したい目標を記入して下さい。

所属先企業
 一般就労中の方は
 就労先を記入して下さい。

相談先
 利用中の相談先があれば

課題
 目標を達成するた
 めに解決したい課題を
 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	主な日常生活の活動
0:00								●事業所 (守口市事業所 () () () ()
1:00							事業所 利用する事業所の名 () () ()	
2:00								
3:00								医療 現在の通院状況を ()
8:00							歩こう会 月に1回 淀川河川敷を ウォーキング	●余暇活動 (歩こう会 () () () ()
9:00								
10:00	就B							
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								

週間計画表
何曜日の何時に
どんなサービスを利用する

事業所
利用する事業所の名

医療
現在の通院状況を

週単位以外のサービス
月に1回など、週間予定表
に書ききれないサービスに
ついて記入して下さい。

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。

希望とする生活・目標など
「こんなことをしてみたい」
「こんな生活をしたい」など
将来の目標を記入して下さい。

申請種別
希望する内容に☑を記入
します。
※ 新規・変更の場合は
希望日を記入して下さい。

申請内容
利用するサービスを選んで

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 60年 3月 4日 (40 歳)
受給者番号	1 3 0 0 0 0 0 0 0 0	補助作成者	守口 一郎 関係 ○○事業所 職員
◎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	事業所に通って生活リズムを整えたい。 いろんな人と関わりながら、安心して生活したい。	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。 寝つきが悪く、朝起きられない。 片付けや掃除の仕方が分からない。
◎サービスの利用意向について(☑)を記入してください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 新規のサービスを希望【開始日:令和5年2月29日】 <input type="checkbox"/> 現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 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> ・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。
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		
※は、利用 期間制限あり	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型	当該月における日数	・規則正しい生活をして体調を整え、 通所日を増やす。 ・集中して作業に取り組む。
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) ※		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 ※		
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 ※		
介護給付費	<input type="checkbox"/> 生活介護	当該月の日数-8日	・片付け方を覚えて、自分で掃除できる ようになる。
	<input type="checkbox"/> 身体介護	9時間/月(1時間/回)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護	時間/月(時間/回)	
	<input type="checkbox"/> 家事援助	時間/月(時間/回)	
※障がい支 援区分が必 要	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月	時間数(居宅介護/同行援護/行動援護) 1か月に必要となるサービス量を記入してください。 (例)ヘルパーに週2回、1時間ずつ来てもらう場合 1時間×週2回×4.5週間=9時間/月
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月	
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)	2日/月	
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	当該月における日数	日数(短期入所) 1か月に必要となるサービス量を記入してください。 (例)月1回、1泊2日で利用する場合は2日/月
	<input type="checkbox"/> 療養介護		
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
地域生活 支援事業	<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	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	回/月	

課題
目標を達成するた
めに解決したい課題を
記入して下さい。

相談先
利用中の相談先があれば
記入して下さい。

時間数(居宅介護/同行援護/行動援護)
1か月に必要となるサービス量を記入してください。
(例)ヘルパーに週2回、1時間ずつ来てもらう場合
1時間×週2回×4.5週間=9時間/月

日数(短期入所)
1か月に必要となるサービス量を記入してください。
(例)月1回、1泊2日で利用する場合は2日/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。

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活の活動
0:00								●事業所 (守口市事業所 () () () ()
1:00							事業所 利用する事業所の名 ()	
2:00								
3:00							●医療 病院名(〇〇病院 () 診断名(発達障がい () 通院頻度(週・月・年) 1回 ()	
8:00							歩こう会 月に1回 淀川河川敷を ウォーキング	●余暇活動 (歩こう会 () () () ()
9:00								
10:00	就B							
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00		身体介護					身体介護	
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	訪問看護 月2回							週単位以外のサービス 月に1回など、週間予定表に書ききれないサービスについて記入して下さい。