サービス等利用計画案(セルフプラン)

ほんにん ほごしゃとうよう 本人・保護者等用(18歳以上)

ふりがな								カキゅう ゎ ょうげんごう	障がい福祉サービス・地域生活支援事業						じぎょう 事業			
りょうしゃ 利用者の名前					#####################################	成	受給	きゅうしゃしょうばんごう 給者証番号	0	0	0	0						
^{せいねんがっ で} 生年月日	#A 年	^{がっ} 月	T .	でん 連	,カばんごう 話番号		障 カ	『い支援区 分		なり	し・あ	あり	(1 -	2 • 3	• 4	- 5	6)	
計画案作成日	第一 第			たでは、 「成者署名欄 本人 と の 関係														
きぼう せいかつ こま くたいてき きにゅう ●希望する生活や困っていること(※具体的に記入すること)																		

●利用する **障 がい福祉サービスなど**

		サービス種類	利用量 (時間・頻度など)	提供事業者名(担当者名/電話)	もくひょう 目標	もくひょうたっせいまかん 目標達成期間
住 B B	在 ぎぃた 宅	□居宅介護 (□身体 □家事 □通院介助 □通院乗降) □居宅介護 (□身体 □家事 □通院介助 □通院乗降) □重度訪問介護 □同行援護 □行動援護 □にようにもうどしまう □をきついる □を				
	施設等	きょうどうせいかつえんじょ □共同生活援助(グループホーム) □はくはくがたじりっくんれん □宿泊型自立訓練 □施設入所支援				
にっちゅうかつ <u>と</u> 日中活動	Ď	□就労移行支援 □就労移行支援 □は労務行支援 □対労総続支援A型 □は対対にできる。これが、				
その他		□移動支援 □日中一時支援 □()				

とうりょうけいかくあん しゅうかゆいかくひょうサービス等利用計画案 【週間計画表】

	_{げっ} 月	火	水	寺利用計画系 * 〈 木	きん 金	± ±	にち 日	しゅういいがい 週単位以外のサービス
6:00								- - ①
8:00								①
10:00								- - _{りょうりょう} - 利用量など:
12:00								-
14:00								- ②
16:00								-
18:00								- ッ ォ ラ ッメョ 利用量など: -
22:00								
0:00								③ - ^{Lus a lu} - 在 類:
2:00								- - _{りょうりょう} 利用量など:
4:00								M I M I M I M I M I M I M I M I M I M

*ピッシ ※記入することが難しい場合には、窓口で相談してください。

サービス等利用計画案(セルフプラン)

本人・保護者等用(18歳以上)

ふりがな	ふくやま いちろう		* I.	じゅきゅうしゃしょうげんごう	<u>,</u>	嫜がい福	祉サービス	く・地	^{いきせいかつ} 或生活	したぎ 支援事 シ	ķ j
^{りょうしゃ なまえ} 利用者の名前	福山 一郎	#####################################	1 8歳	受給者証番号	0	0 0	0 1	1	1	1 1	1
**いねんがっぴ 生年月日	2000年 1月 1日	電話番号	084-928-0000	障がい支援区分	Ŝ	なし・	あり(1・	2 • (3 · 4	. 5 - 0	6)
けいかくあんきくせい び 計画案作成日	2018年 1月 1日	けいかくあんさくせいしゃしょめいらん 計画案作成者署名欄	^{ふくやま いちろう} 福山 一郎	本人との	関係	× K		_{ほんに} 本力	٨		

●希望する生活や困っていること(※具体的に記入すること)

(動) くための支援を受けながら、草く就職ができるようになりたい。外出をし、余暇を楽しく過ごしたい。 一人で病院に行くのが、木安なため難しい。

●利用する障がい福祉サービスなど

		サービス 種類	りょうりょう 利用量 いかん ひんと (時間・頻度など)	たいきょうじぎょうしゃかい 提供事業者名 たんとうしゃかい でんね (担当者名/電話)	*くひょう 目標	まくひとうたっせいまかん 目標達成期間
住 B	在ばいたく 宅へ	□ 居宅介護(□身体□家事□通院介助□通院乗降) □ 重度訪問介護 □同行援護 □行動援護 □ 短期入所 □ 重度	月4回 〇〇病院 月1回 〇〇眼科 月1回	〇〇事業所 担当者:〇〇 電話:928-〇〇	病院に行くための支援を受けたい。 定期的な通院と脱薬を継続させる。	1年
	施 設 等	口共同生活援助(グループホーム) 口宿泊型自立訓練 口施設入所支援		希望や予定 ださい。	があれば、その旨をご記入く	
E 中)	活動	□就労移行支援 □生活介護 □就労定着支援 □就労を清支援 □就労定着支援 □就労定着支援 □就労定着支援 □就労継続支援 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	週5년 (月~釜罐) 10時~16時	〇〇第業所 担当者:〇〇 電話:928-〇〇〇	就職するための支援を受けたい。 一人で仕事ができるようになる。	1幹
	かいごほ 介護保	□ 日中一時支援 □ 日中一時支援 □ 「日中一時支援 □ 「日中一時支援 □ 「「「「「」」」」」 □ 「「「「」」」」 □ 「「「」」」 □ 「「「」」」 □ 「「」」 □ 「「」」 □ 「「」」 □ 「「」」 □ 「「」」 □ 「「」」 □ 「「」」 □ 「「」 □ 「「」」 □ 「「」 □ 「「」 □ 「「」 □ 「「」 □ 「□ 「□ 「□ 」 □ 「□ 「□ 」 □ 「□ 「□ 」 □ 「□ 「□ 」 □ 「□ 「□ 」 □ 「□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	月5時間(毎週 日曜)14時~15 時	〇〇事業所 担当者: 〇〇 電話: 928-〇〇〇	家に閉じこもりがちのため散歩して 気分転換を図る。	3 か <mark>増</mark>

サービス等利用計画案 しゅうかゆいかくひょう か火 しゅういいがい **週単位以外のサービス** 6:00 1000 に種類: 8:00 通院等乗降介助 10:00 りょうりょう 利用量など: っき かい びょういん がんか 月4回(○病院、○眼科) 12:00 就労移行支援(事業所名) 14:00 移動支援 (行き先) 16:00 18:00 ッょ ラリュラ 利用量など: 介護保険のサービスも利用されている 20:00 場合は、介護保険のサービスの利用状況 22:00 も併せてご記入してください。 0:00 2:00 ッ * ラッメラ 利用量など: 4:00