

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

フリガナ	ヤオ タロウ	生年月日	昭和 平成 令和	××年 ×月 ××日	連絡先電話番号	072 - ××× - ××××	
利用者氏名 (児童氏名)	八尾 太郎						
障がい支援区分	なし(あり(1・2(3)・4・5・6)・非該当	計画作成日	令和	△△年 △△月 △日	計画作成者	本人	本人との関係

希望する生活 (困っていることなど)	自立した生活を目指して練習をしたい		
目標	一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にする	いつまでに (目標時期に☑)	<input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> その他()

利用する福祉サービス等

種類(サービス名に ☑)		利用量	利用する事業所	種類(サービス名に ☑)		利用量	利用する事業所
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	日/月		<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助	10 時間/月	介護センター〇〇	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	日/月		<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護	10 時間/月	介護センター〇〇	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	日/月		<input type="checkbox"/> 通院介助	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	日/月		<input type="checkbox"/> 乗降介助	回/月		
	<input type="checkbox"/> 生活介護	日/月		<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練)	日/月		<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 日中一時・地域活動支援センター-Ⅱ型	日/月		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月		<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援			
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月		<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月		<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援	15 時間/月	△△ヘルパーステーション	
住まい	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 療養介護	日/月		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	日/月		<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	日/月		<input type="checkbox"/> 地域定着支援			
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	日/月		<input type="checkbox"/> 自立生活援助			
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()			

その他留意事項	
---------	--

