

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)	支援を受けながら就労したい		
目標	簡単な作業などの活動を続けていく	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 ☑)	
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	日/月		<input type="checkbox"/> 家事援助	時間/月
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	日/月		<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型	23 日/月	△△作業所	<input type="checkbox"/> 通院介助	時間/月
	<input type="checkbox"/> 生活介護	日/月		<input type="checkbox"/> 乗降介助	回/月
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	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
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	○月のみ移動支援を15時間で、それ以外の月は10時間				

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動	
6:00								<p>月・水・金の9時～4時まで就労継続支援B型の△△事業所を利用</p>	
8:00				起床・朝食					
10:00	↑		↑		↑				
12:00	就労継続B型		就労継続B型		就労継続B型				
14:00									
16:00	↓		↓		↓				
18:00	週単位以外のサービス								
20:00				夕食					<p>月に一度、移動支援を利用して出かける(〇月は二度)。</p>
22:00				入浴					
0:00				就寝					
2:00									
4:00									