サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）阪南市

計画作成日	平成 27年 4月 ●日

氏名（児童氏名）	阪南 太郎	保護者氏名（児童の場合）		セルフプラン作成者	阪南 太郎
生年月日	昭和・平成 2 年 ● 月 ● 日	年齢	? 歳	性別	男性 ・ 女性
住所	〒			電話番号	

困っていることに✓を入れてください	☑仕事・日中活動のこと ☑食事やそうじなど身の回りのこと ☐住まいのこと ☑外出時のこと ☐緊急時のこと ☐その他
本人の意向（希望する生活）	掃除や調理ができないので、できるようになりたい。日中は今通っている○○作業所に通い続けたい。休みの日は映画をみたり、買い物に行きたい。
家族の意向（希望する生活）	

記入例

◎これから利用したいサービス

		利用回数			利用回数
日中活動系サービス	☐就労移行支援 ☐児童発達支援 ☐就労継続支援Ａ型 ☐放課後デイサービス ☑就労継続支援Ｂ型 ☐医療型児童発達支援 ☐生活介護 ☐自立訓練（生活 ☐その他（	−8日／月	居住系サービス	☐宿泊型自立訓練 ☐療養介護 ☐グループホーム 事業所（指定・外部） 介 護（要・否） ☐施設入所	31日／月
訪問系サービス	☑家事援助	15時間／月	その他のサービス	☐重度障害	日／月
	☐身体介護	時間／月		☐短期入所	日／月
	☐通院介助（院内必要	時間／月		☐地域移行支援	日／月
	☐通院乗降	回／月		☐地域定着支	日／月
	☐重度訪問介護	時間／月		☑移動支援	20時間／月
	☐行動援護	時間／月		☐日中一時支	日／月
	☐同行援護	／月		☐その他（ ）	／月

週に５日通所をご希望される場合は「−８日」とご記

ご希望の利用時間数をご記入ください。

居住系サービスを利用を希望される場合は「３１日」とご記入くだ

ご希望の利用時間数をご記入ください。

利用内容 利用量 頻度・時間	就労継続支援B型 月～金 利用 家事援助（掃除・調理） 計15時間／月 1.5時間×2回／週×5週＝15時間 移動支援（映画・買い物） 計20時間／月 4時間×1回／週×5週＝20			市受付印
その他の留意事項	ヘルパーさんに家事をしてもらうのではなく、一緒に家事の練習をしたい。	利用事業所	○○作業所、△△事業所	

利用者名	阪南　太郎	障害支援区分	3	セルフプラン作成者	阪南　太郎

週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	※起床時間・就寝時間も記入してください。							作業所の送迎を利用して通所します
8:00	起床	起床	起床	起床	起床			
10:00	就労継続B型 ○○作業所 ※行き帰りの手段も記入してください。						起床 外出	※日常生活が分かる記載を週間計画以外にもあれば記載してください。
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00	ヘルパー　1.5時間		ヘルパー　1．5時間					
20:00								
22:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00	※福祉サービスの計画だけでなく、１週間の生活がわかるように記載してください							
2:00								
4:00								

その他	追加記載あれば記入