

セルフプラン (18歳以上用)

利用者氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)
作成者	(続柄 :)

作成日	年 月 日
※どちらかにチェックしてください	
<input type="checkbox"/> セルフプランの作成を希望する。	
<input type="checkbox"/> 計画相談支援の利用を希望しているが事業所が見つからない。	

生活の中で困っていること	
こうありたいと思う生活 及び達成したい時期	<input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> その他 () 頃 までに

こうありたいと思う生活に必要なこと			
日中活動系	<input type="checkbox"/> 就労を目指して訓練を行いたい <input type="checkbox"/> 就労を続けるための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 支援を受けながら就労したい <input type="checkbox"/> 簡単な作業などの活動がしたい <input type="checkbox"/> 自立に向けた訓練を行いたい <input type="checkbox"/> 支援を受けながら活動したい <input type="checkbox"/> その他 ()	居宅介護系	<input type="checkbox"/> 身の回りのことを手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 一緒に家事を手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 病院等に付き添ってほしい <input type="checkbox"/> 安全に移動するために外出に付き添ってほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	<input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所に泊まりたい <input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所で日中過ごしたい		<input type="checkbox"/> グループホームで生活したい <input type="checkbox"/> その他 ()

<input type="checkbox"/> 現在利用しているサービス及び支給量の継続を希望する。 ※上記を選択された場合は下記の欄の記載は不要です。
--

	利用するサービス	事業所 (複数利用している場合は全て記入)	支給量
日中活動系	<input type="checkbox"/> 就労移行支援		/
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		/
	<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 (機能・生活)		/
	<input type="checkbox"/> 生活介護		/
居宅介護系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体介護	時間/月
		家事援助	時間/月
		通院等介助	時間/月
	<input type="checkbox"/> 同行援護		時間/月
	<input type="checkbox"/> 移動支援		時間/月
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所		日/月
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		/
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援		日/月
	<input type="checkbox"/> その他 ()		/

記載例

利用者氏名、生年月日、作成者氏名を記入してください。

利用者氏名	八千代 太郎
生年月日	〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)
作成者	八千代 太郎 (続柄：本人)

作成日	〇〇年 〇月 〇日
※どちらかにチェックしてください	
<input checked="" type="checkbox"/> セルフプランの作成を希望する。	
<input type="checkbox"/> 計画相談支援の利用を希望しているが事業所が見つからない。	

セルフプランを希望する場合はどちらかにチェックをしてください。

生活の中で困っていること	・人とコミュニケーションを取ることが苦手で就職活動がうまくいかない。 ・ひとりで掃除や調理ができない。 ・昼夜逆転している。 等
こうありたいと思う生活及び達成したい時期	・就職をする。 ・就職に必要なスキルを身につける。 ・生活リズムを整える。 ・ヘルパーを手伝ってもらいながら家事ができるようになる。 等 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> その他 () 頃 までに

生活の中の困りごとを記入してください。

本人が希望する生活を記入し、達成したい時期にチェックをしてください。

こうありたいと思う生活に必要なこと			
日中活動系	<input checked="" type="checkbox"/> 就労を自指して訓練を行いたい	居宅介護系	<input type="checkbox"/> 身の回りのことを手伝ってほしい
	<input type="checkbox"/> 就労を続けるための支援を受けたい		<input type="checkbox"/> 一緒に家事を手伝ってほしい
	<input type="checkbox"/> 支援を受けながら就労したい		<input type="checkbox"/> 病院等に付き添ってほしい
	<input type="checkbox"/> 簡単な作業などの活動がしたい		<input type="checkbox"/> 安全に移動するために外出に付き添ってほしい
	<input type="checkbox"/> 自立に向けた訓練を行いたい		<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 支援を受けながら活動したい		
その他	<input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所に泊まりたい	<input type="checkbox"/> グループホームで生活したい	
	<input type="checkbox"/> 必要な時に支援を受けられる場所で日中過ごしたい	<input type="checkbox"/> その他 ()	

こうありたいと思う生活に必要なことを選んでチェックをしてください。

更新申請の方で、今まで通りのサービスと支給量を希望される場合はチェックをしてください。チェックをした場合、下の欄の記載は不要です。

現在利用しているサービス及び支給量の継続を希望する。
※上記を選択された場合は下記の欄の記載は不要です。

利用するサービス		事業所 (複数利用している場合は全て記入)	支給量
日中活動系	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援	〇〇事業所	
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
	<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 (機能・生活)		
	<input type="checkbox"/> 生活介護		
居宅介護系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	身体介護	時間/月
		家事援助	時間/月
		通院等介助	時間/月
	<input type="checkbox"/> 同行援護		時間
	<input type="checkbox"/> 行動援護		時間/月
その他	<input type="checkbox"/> 移動支援		時間/月
	<input type="checkbox"/> 短期入所		日/月
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援		日/月
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

利用するサービスにチェックをし、利用する事業所名と利用する日数・時間数を記入してください。