

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） 泉南市

計画作成日

年 月 日

氏名 (児童氏名)				保護者氏名 (児童の場合)				セルフプラン作成者				
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳	性別	男性	・	女性	障害支援区分	なし ・ 区分 ()
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)												
家族の意向 (希望する生活)												

◎これから利用したいサービス

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・機能） ☐ その他 ()		利用回数	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		利用回数
			日／月				日／月
訪問系 サービス	☐ 家事援助		時間／月	その他の サービス	☐ 重度障害者等包括支援		日／月
	☐ 身体介護		時間／月		☐ 短期入所		日／月
	☐ 通院介助（院内必要 理由）		時間／月		☐ 就労定着支援		日／月
	☐ 通院乗降		回／月		☐ 自立生活援助		日／月
	☐ 重度訪問介護		時間／月		☐ 地域移行支援		日／月
	☐ 行動援護		時間／月		☐ 地域定着支援		日／月
	☐ 同行援護		時間／月		☐ 移動支援		時間／月
					☐ 日中一時支援		日／月
			☐ その他 ()		/月		
利用内容 利用量 頻度・時間							市受付印 
その他の 留意事項					利用事業所		

利用者名		障害支援区分		セルフプラン作成者	
------	--	--------	--	-----------	--

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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

その他	
-----	--



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） 泉南市

計画作成日

令和元年 5月 1日

氏名 (児童氏名)	泉南 太郎	保護者氏名 (児童の場合)		セルフプラン作成者	泉南 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	〒590-0592 泉南市樽井1丁目1番1号	電話番号		障害支援区分	なし・区分(3)
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〇〇作業所に通い続けたい。休みの日は映画をみたい、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

日中活動系 サービス	☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☒ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練（生活） ☐ その他（ 週に5日通所をご希望される場合は「-8日」とご記入ください。	利用回数 -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 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 ださい。	利用回数 31日/月
訪問系 サービス	☒ 家事援助 ☐ 身体介護 ☐ 通院介助（院内必須） ☐ 通院乗降 ☐ 重度訪問介護 ☐ 行動援護 ☐ 同行援護	15時間/月 時間/月 時間/月 回/月 時間/月 時間/月 /月	その他の サービス	☐ 重度障害 ☐ 短期入所 ☐ 就労定着 ☐ 自立生活援助 ☐ 地域移行支援 ☐ 地域定着支援 ☒ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ その他（ ご希望の利用時間数 をご記入ください。	日/月 日/月 日/月 日/月 日/月 20時間/月 日/月 /月
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 移動支援（映画・買い物） 計20時間/月 1.5時間×2回/週×5週＝15時間 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	〇〇作業所、△△事業所	



利用者名	泉南 太郎	障害支援区分	3	セルフプラン作成者	泉南 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			
						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。						外出	
12:00								
14:00								
16:00								
18:00	ヘルパー 1.5時間		ヘルパー 1.5時間					週単位以外のサービス
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	
-----	-----------	---