

茅ヶ崎市 サービス等利用計画案(セルフプラン)

令和8年4月ver

利用者氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	障害 支援 区分	作成補助者署名	記載例
受給者番号	計画作成日	令和 年 月 日		本人(家族)同意署名	

<p>1. 現在の生活状況と困っていることについて</p> <p>現在の生活状況: 右上下肢麻痺により身体障害者手帳1級を所持している。家事を行うことが困難であり、平日は就労継続支援B型事業所に通って、軽作業を行っています。休みの日はほとんど家でテレビを見たり本を読んでいます。精神的に不調になることもありますが、自分のペースで生活しています。</p> <p>困っていること: 外出時介助などの支援が必要で、買い物や食事の準備など支援が必要。何か仕事をしたいが、疲れやすいため仕事に就けるか不安。</p> <p>困った時に相談する機関 (相談支援センター ○○)</p>	<p>2. 将来希望する生活について(長期目標)</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>現在の生活を維持したい <input checked="" type="checkbox"/>仕事をしたい <input type="checkbox"/>家事のスキルを上げたい <input type="checkbox"/>外出機会を増やしたい <input checked="" type="checkbox"/>一人で生活したい <input type="checkbox"/>家族の負担を減らしたい <input type="checkbox"/>日中活動する場所に通いたい <input type="checkbox"/>施設やグループホームで生活したい <input type="checkbox"/>施設やグループホームを出て生活をしたい </p> <p>3. その他:</p>
--	--

4. これから利用したい支援		支援の内容	利用時間や回数
在宅 支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	利用を希望する理由・内容: 食事の準備や、買い物など支援が必要のため。	買い物や食事の準備、掃除 1回 時間 月 時間
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)		など家事全般に関する事 1回 1 時間 月 15 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助)		1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助)		月 回
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	利用を希望する理由・内容:	1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
<input type="checkbox"/> 短期入所		月 日	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
居住 支援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	利用を希望する理由・内容:	当該月の日数
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助		
<input type="checkbox"/> その他 ()			
日中 活動 支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	利用を希望する理由・内容: 就労に向けて体力作りや集中力を身につけたい。今後の就職活動について職員からアドバイスをほしい。	生活リズムの安定と体力づくり 当該月の日数 - (8 日)
	<input type="checkbox"/> 就労選択支援		就職に必要な対人スキル獲得の支援
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		
	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能)		月 日
<input type="checkbox"/> その他 ()			