

茅ヶ崎市 サービス等利用計画案(セルフプラン)

令和 4 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	
受給者番号		計画作成日	令和 年 月 日			本人(家族)同意署名	

1. 現在の生活状況と困っていることについて 現在の生活状況: 困っていること:	2. 将来希望する生活について(長期目標) <input type="checkbox"/> 現在の生活を維持したい <input 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 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 3.その他:
---	--

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:	1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)			1回 時間 月 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	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	利用を希望する理由・内容:	1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 行動援護		月 日
	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 地域(移行・定着)支援		月 日
	<input type="checkbox"/> その他			月 日
居 住 支 援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	利用を希望する理由・内容:	当該月の日数
	<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	<input type="checkbox"/> 生活介護	利用を希望する理由・内容:	当該月の日数-(日)
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能)		
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型			
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> その他()		