

茅ヶ崎市 サービス等利用計画案(セルフプラン)

令和 7 年10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	2. 将来希望する生活について(長期目標)
現在の生活状況:	☐ 現在の生活を維持したい ☐ 仕事をしたい ☐ 家事のスキルを上げたい ☐ 外出 機会を増やしたい ☐ 一人で生活したい ☐ 家族の負担を減らしたい ☐ 日中 活動する場所に通いたい ☐ 施設やグループホームで生活したい ☐ 施設やグループホームを出て生活をしたい
困っていること:	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	☐ 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
	☐ 居宅介護(家事援助)				1回 時間 月 時間
	☐ 居宅介護(通院等介助)				1回 時間 月 時間
	☐ 居宅介護(通院等乗降介助)				月 回
	☐ 重度訪問介護	☐ 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
	☐ 同行援護	☐ 行動援護			
	☐ 短期入所	☐ 地域(移行・定着)支援			月 日
	☐ その他 ()				
居住 支 援	☐ 施設入所支援	☐ 宿泊型自立訓練	利用を希望する理由・内容:		当該月の日数
	☐ 共同生活援助				
	☐ その他()				
日中 活 動 支 援	☐ 就労移行支援	☐ 就労選択支援	利用を希望する理由・内容:		当該月の日数－(日)
	☐ 就労継続支援A型	☐ 生活介護			
	☐ 就労継続支援B型	☐ 自立訓練(生活・機能)			
	☐ 就労定着支援	☐ その他()			