

**サービスの利用に係るセルフチェック表(簡易調査用) 兼 セルフプラン**

利用者氏名		障害支援 区分		障害福祉サービス 受給者証番号		計画案 作成日	年 月 日
計画作成者・ 補助者氏名	①利用者との関係:本人 ・ 家族( ) ・ その他( ) ②連絡先: - -						

どんな生活を送りたいか・どんな仕事・働き方をしたいか

希望する暮らしに必要なこと	必要な福祉サービス
コミュニケーションに関わる支援 ( 必要 ・ 不要 )	<input type="checkbox"/> 就労継続支援( A型 ・ B型 )
移動する際の支援 ( 必要 ・ 不要 )	<input type="checkbox"/> 就労移行支援
食事・入浴・排泄の支援 ( 必要 ・ 不要 )	<input type="checkbox"/> 自立訓練( 機能 ・ 生活 ・ 宿泊型 )
家事の支援(料理・掃除・洗濯・買い物) ( 必要 ・ 不要 )	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 / 就労選択支援
( その他 )	

利用する事業者名・利用を希望する日数

利用のきっかけ・サービス提供事業者配慮してほしいこと(サービス提供するうえでの留意事項)・その他

セルフプラン用 サービス等利用計画案・児童支援利用計画案【週間計画表】

週間予定表は利用するサービスの(種類・内容・量(時間))を記載する。								週間予定表に記載できないサービス
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00								① 種類
8:00								内容
10:00								頻度・量
12:00								
14:00								② 種類
16:00								内容
18:00								頻度・量
20:00								
22:00								③ 種類
0:00								内容
2:00								頻度・量
4:00								

※ サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や福祉事務所・保健センター・児童相談所・での聞き取り内容を踏まえて決定されます。 (2/2枚目)