

サービス等利用計画・障害児利用支援計画案（セルフプラン）【新規・更新・変更】

利用者氏名	太田 緑		生年月日	昭和・平成・令和 10年 3月 1日	計画作成日	令和 8年 1月 15日
住所	太田市浜町2-35				連絡先	0276-47-1111
手帳等番号	精神手帳 群馬県第〇〇〇号	障害支援区分	なし	受給者番号	計画作成者 (利用者との関係)	太田 緑(本人)

生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど	困っていること、解決すべき課題
<ul style="list-style-type: none"> ・一般就労をして、自立して一人暮らしをしたい ・収入を得たい 	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事をするためのマナーがわからない ・自分が何の仕事に向いているかわからない

利用するサービスの種類（サービス名に☑）		利用回数	目標	目標達成時期	
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	週・月 5回	<ul style="list-style-type: none"> ・生活のリズムを整え、休まず通所する ・ビジネスマナーを身に付ける ・いろいろな作業に挑戦してみる 	1年
	□その他（ ）				

手帳・通院の状況		世帯構成員の状況	メモ(サービス利用に至った経緯など)
手帳	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 級（身体・知的・精神） <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>申請中 	<ul style="list-style-type: none"> 世帯構成員 ・ <input type="checkbox"/>父 <input checked="" type="checkbox"/>母 ・ <input type="checkbox"/>兄弟姉妹（ ） ・ その他（ 祖母・要介護2 ） 	<ul style="list-style-type: none"> ・以前一般就労をしていたが、精神的に続けられなくなった
医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期通院 <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし ・ 服薬 <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし ・ 診断名：統合失調症 	<ul style="list-style-type: none"> 兄弟児利用 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期通院:△△クリニック 2回/月 ・服薬:リスピダール ・R8.4.1～〇〇相談支援事業所へ移行予定

サービス提供事業者に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）	利用する事業所（担当者）
<ul style="list-style-type: none"> ・作業を覚えるまで、ゆっくり、ていねいに説明してほしい ・昼食は一人でといたい 	<ul style="list-style-type: none"> ・△△事業所 (赤城) ・ ・2月1日から利用希望

サービス等利用計画・障害児利用支援計画案（セルフプラン）週間計画表

受給者番号

氏名

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00	就労継続A型 通所	就労継続A型 通所	就労継続A型 通所	就労継続A型 通所	就労継続A型 通所		
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							週単位以外のサービス
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取り調査の内容を踏まえて決定されます。

※このセルフプランは、事業所に提出するよう求められることがあります。市に提出する際に必ず本人控えをとり保管してください。

※セルフプランに関する相談は、太田市障がい福祉課（0276-47-1929）又は太田市障がい者相談支援センター（0276-57-8210）へ。