

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
・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	・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 type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	週・月 5回	・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
	<input type="checkbox"/> 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 ・ 1 級（身体・知的・精神） □なし □申請中 医療 ・ 定期通院 <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし ・ 服薬 <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし ・ 診断名：統合失調症	世帯構成員 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 □兄弟姉妹（ ） ・ その他（ 祖母・要介護2 ） 兄弟児利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・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 ・定期通院：△△クリニック 2回/月 ・服薬：リスパダール ・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）
・作業を覚えるまで、ゆっくり、ていねいに説明してほしい ・昼食は一人でとりたい	・ △△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								月～金 就労継続支援 A型事業所 自転車で通所 10分
6:00								
7:00								
8:00								
9:00	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			
10:00								
11:00								
12:00								
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。