記入例

セルフプラン　障害者用

西東京市様式1

利用者氏名	西東京　太郎	受給者番号	13229●●●●●	障害支援区分	区分●	計画案作成日	令和　●年　●月　●日
生年月日	大正・昭和・平成・令和　●年　●月　●日						
プラン作成補助者の有無	無し・有り	有りの場合 補助者の氏名	保護者名・利用事業所担当者名等 セルフプランを記入している方の氏名	本人との関係	父、母、就労継続支援事業所など	電話番号	000-000-0000
現在の生活状況と、今後の希望や目標（長期目標）	希望する生活像や目標としたいことなど						

解決すべき課題（困っていること）	目標（短期）	達成時期	課題解決、目標達成のための福祉サービスの利用希望			量（頻度・時間）
サービスを利用してどのような生活をしていきたいかなど	・具体的にどのような事を取り組んでいきたいか ・具体的に受けたい支援の内容など	1年後	日中活動		□就労移行支援　□就労継続支援（A型・B型） □生活介護　□自立訓練（機能・生活） □就労選択支援　□その他（　　） 希望するサービスにチェックをつけてください	利用したいサービス名と具体的な支給量（時間数）など 例：就労継続支援B型 原則の日数／月
		1年後	住まい	共同	□共同生活援助　□宿泊型自立訓練 □施設入所支援　□その他（　　） 希望するサービスにチェックをつけてください	
		1年後	住まい	在宅	□居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） □重度訪問介護　□重度障害者等包括支援 □同行援護　□行動援護 □短期入所　□地域定着支援 □就労定着支援　□自立生活援助 □地域移行支援　□その他（　　） 希望するサービスにチェックをつけてください	利用したいサービス名と具体的な支給量（時間数）など 例：短期入所　7日／月
		1年後	その他		□地域活動支援センター　□移動支援 □日中一時支援　□その他（　　） 希望するサービスにチェックをつけてください	利用したいサービス名と具体的な支給量（時間数）など 例：移動支援　16時間／月

【記入例】

セルフプラン　障害者用 【週間計画表】

西東京市様式2

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								利用するサービス名や事業所名 例：就労継続支援B型 （事業所名）
8:00								
10:00								
12:00	就労継続支援B型							
14:00								
16:00								週単位以外のサービス ○○病院に月一回通院
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								