セルフプラン　障害者用

西東京市様式1

利用者氏名		受給者番号		障害支援区分		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		本人との関係		電話番号	
現在の生活状況と、今後の希望や目標（長期目標）							

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）
			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（　　）	
			住まい	共同生活	☐ 共同生活援助　☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援　☐ その他（　　）	
				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（　　）	
			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（　　）	

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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								