

暮らしサポート計画書

氏名	自署 又は 押印	生年月日	手帳の 状況	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉 <input type="checkbox"/> なし						
住所			連絡先 (日中連絡がつくところ)							
障害支援区分	(区分) なし	非該当	1	2	3	4	5	6	診断名・医療の状況	
どんな生活を送りたいか どんな仕事・働き方を したいか										

サポートが必要なこと

コミュニケーションの支援	必要 ・ 不要
家事の支援(料理・掃除・洗濯等)	必要 ・ 不要
買い物の支援 (同行 ・ 代行)	必要 ・ 不要
身体介護の支援 (食事介助・入浴介助・排泄介助等)	必要 ・ 不要
外出・社会活動の支援	必要 ・ 不要
家族との連絡調整	必要 ・ 不要
医療関係者との連携	必要 ・ 不要
生活支援の関係者との連携	必要 ・ 不要



* 特に希望したいサポートを記入してください。

福祉サービスの種類・量・期間

* 必要なものにチェックを入れて必要量を書いてください。

種類	内容	量	期間
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助)	<input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他()		3か月 ・ 6か月 ・ 1年
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護)	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (通院等介助)	病院や公的機関への付き添い (院内は病院スタッフの介護)		
<input type="checkbox"/> 居宅介護 (通院等乗降介助)	上記に伴い、車への乗降に介護 や、準備の介護		

<総合的な援助の方針>

達成時期 半年後 ・ 1年後

- 希望する暮らしができるようなサポートを希望
就労支援も含めたサポートを希望

記入者 (作成協力事業所名)	開始希望日	年 月 日
-------------------	-------	-------