

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン①）

計画作成日	平成	ねん	がつ	にち
電話番号	— —			

利用者氏名	いん 印	障害支援 区分	なし 1・2・3 4・5・6	生年月日	しょうわ 昭和	へいせい 平成	ねん	がつ	にち
受給者番号				作成補助者	りようしゃ （利用者との関係）				

いま、生活で困っていること	これからの目標や、取り組みたいことなど
	① 目標達成時期 / 6ヵ月以内 ・ 1年以内 ・ 3年以内 ・ 他 ()
	② 目標達成時期 / 6ヵ月以内 ・ 1年以内 ・ 3年以内 ・ 他 ()

希望する生活	利用したいサービス	希望する利用頻度（1ヵ月あたり）	備考
<input type="checkbox"/> 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 外出するための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 家族を休ませたい その他「 」	<input type="checkbox"/> 1. 居宅介護（家事援助） <input type="checkbox"/> 2. 居宅介護（身体介護） <input type="checkbox"/> 3. 居宅介護（通院等介助） <input type="checkbox"/> 4. 居宅介護（通院等乗降介助） <input type="checkbox"/> 5. 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 6. 同行援助 <input type="checkbox"/> 7. 行動援助 <input type="checkbox"/> 8. 短期入所	<input type="checkbox"/> 今までどおり <input type="checkbox"/> 新規・変更 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	
<input type="checkbox"/> 支援を受けながら日中を施設で過ごしたい <input type="checkbox"/> 働くための支援を受けたい <input type="checkbox"/> ひとり暮らしの練習をしたい <input type="checkbox"/> 子ども向けの療育を受けたい <input type="checkbox"/> 授業終了後や休日に訓練を受けたい その他「 」	<input type="checkbox"/> 9. 療養介護 <input type="checkbox"/> 10. 生活介護 <input type="checkbox"/> 11. 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 12. 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 13. 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 14. 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 15. 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 16. 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 17. 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 18. 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 19. 児童発達支援【児童のみ】 <input type="checkbox"/> 20. 居宅訪問型児童発達支援【児童のみ】 <input type="checkbox"/> 21. 保育所等訪問支援【児童のみ】 <input type="checkbox"/> 22. 放課後等デイサービス【児童のみ】	<input type="checkbox"/> 今までどおり <input type="checkbox"/> 新規・変更 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	
<input type="checkbox"/> 仲間と共同生活がしたい <input type="checkbox"/> 福祉施設で暮らしたい その他「 」	22. グループホーム <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 □ 日中サービス支援型 □ 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 23. 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 今までどおり <input type="checkbox"/> 新規・変更 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	
<input type="checkbox"/> いつでも相談できるところがほしい その他「 」	<input type="checkbox"/> 24. 地域移行支援（新たに地域生活を始める方のみ） <input type="checkbox"/> 25. 地域定着支援（緊急時の支援が見込めない方のみ）		
その他		番号【 】 かい回	

※下線部は障害児のサービスです。 ※この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。

私は、障害福祉サービス等を利用するにあたり、サービスの支給決定において勸案される「サービス等利用計画案」又は「障害児支援利用計画案」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思において、いわゆる「セルフプラン」による提出を希望します。セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、相談支援事業所等からモニタリングが実施されないなど、制度の内容を理解し、あるいは十分説明を受けています。

自署記名

印

代筆者

印

サービス等利用計画案^{とうりようけいかくあん}・障害児支援利用計画案^{しょうがいじしえんりようけいかくあん}（セルフプラン②） <週間計画表>

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

* セルフプラン②^{しゅうかんけいかくひょう}（週間計画表）をセルフプラン①^{あわ}と併せて提出^{ていしゅつ}してください。