

# 記入例

## 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 27 年 1 月 31 日

利用者氏名 久留米 太郎 (印)

障害支援区分 なし

生年月日 平成 51 年 1 月 1 日 (昭利)

電話番号 0942 - 30 - 9035

受給者番号 00000

作成補助者 久留米 花子 (利用者との関係) 母

現在、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

家事が十分にできない。  
一人での移動に不安がある。

① 掃除をきちんとやりたい。好きな水泳を続けたい。  
目標達成時期 6カ月以内・1年以内・3年以内

② 就職して自立したい。  
以内・1年以内・3年以内 他 ( )

家族・支援者などが補助できます。本人だけで作ったときは記入は不要。

いま利用しているサービス量に変更が無ければ、「今までどおり」に「レ」でチェックするか、■で塗りつぶす。

希望する生活や、受けたい支援に、「レ」でチェックするか■で塗りつぶす。

いま利用しているサービスやこれから使いたいサービスに「レ」でチェックするか、■で塗りつぶす。

新規でサービスを追加したいとき、または、いま使っているサービス量を変更したいときは、「新規・変更」に「レ」でチェックするか、■で塗りつぶした上で、「新規」もしくは「変更」に○を書き、追加・変更したいサービスの番号を記入のうえ、使いたいサービス量を記入。

特に配慮してほしいことなどがあれば、備考に記入。

希望する生活	利用	希望する利用頻度 (1カ月あたり)	備考
<input type="checkbox"/> 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい <input checked="" type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい <input checked="" 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 checked="" 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. 同行援護 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 行動援護 <input type="checkbox"/> 8. 短期入所	<input type="checkbox"/> 今までどおり <input checked="" type="checkbox"/> 新規 (変更) 番号 [ 7 ] 2 回 番号 [ ] 回 番号 [ ] 回
<input type="checkbox"/> 支援を受けながら日中を施設で過ごしたい <input checked="" type="checkbox"/> 働くための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 一人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. 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 12. 就労継続支援 (A型) <input type="checkbox"/> 13. 就労継続支援 (B型) <input type="checkbox"/> 14. 自立生活援助	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 新規・変更 番号 [ ] 回 番号 [ ] 回 番号 [ ] 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「	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 新規・変更 番号 [ ] 回 番号 [ ] 回	特に配慮してほしいことなどがあれば、備考に記入。
<input type="checkbox"/> いつでも相談を受けたい 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)	<input type="checkbox"/> 今までどおり <input checked="" type="checkbox"/> 新規・変更 番号 [ ] 回 番号 [ ] 回	
その他 家族が通院するための時間がほしい。	<input checked="" type="checkbox"/> 26. 日中一時支援事業 <input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 今までどおり <input checked="" type="checkbox"/> 新規・変更 番号 [ ] 回 番号 [ ] 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勘案される「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 久留米 太郎 (印) 代筆者 久留米 花子 (印)

# 記入例

## 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②） <週間計画表>

時間	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								<small>しゅうたんいいがい</small> 週単位以外のサービス  ・月1回、〇〇病院通院
5:00								
6:00								
7:00		家事援助(掃除)			家事援助(掃除)			
8:00								
9:00								
10:00	就労継続支援A型	就労継続支援A型	就労継続支援A型	就労継続支援A型	就労継続支援A型			
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								

不定期にある予定(通院等)は右の『週単位以外のサービス』に記入してください。

基本的な1週間のスケジュールを書いてください。

\* セルフプラン② (週間計画表) をセルフプラン①と併せて提出してください。