

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

同行援護記載

(様式4-1)

ふりがな	よしわら さぶろう	生年月日	昭和 平成 令和	45 年 1 月 1 日	連絡先電話番号	●●● - ●●●● - ●●●●
利用者氏名(児童氏名)	吉原 三郎	障害支援区分のある方は記入する	障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	令和 7 年 6 月 30 日
受給者証番号	新規の場合は番号がないので空欄					

希望する生活 (困っていることも記入してください)	【例】 ・市役所に手続きに行くときに一人で行くことができない。また、申請書等を記載することができない。 ・家にいることが多く、外出する機会が少ない。 ・一人で買い物に行くことができない。 ・サークル活動に参加する際に一人で外出することができない。 ・福祉団体の行事に一人では参加することができない。
目標	【例】 ・自分にかかわる諸手続きを自分自身で行う。 ・買い物に自分で行く。 ・サークル活動や福祉団体の行事に参加する。 ・外出する機会を増やし、社会参加をする。

希望する生活のために何をするか	いつまでに(目標時期に ☒)
【例】 ・同行援護を利用し、自分自身で公共機関等で手続きを行う。 ・同行援護を利用し、買い物に行き買う物を自分で選ぶ。 ・同行援護を利用し、サークル活動や福祉団体の行事に参加する。 ・同行援護を利用し、社会参加をする機会を増やす。	☐ 1か月後 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他()

利用する福祉サービス等		
種類(サービス名に ☒)	内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)
☐ 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) ☐ 短期入所 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 児童発達支援 ☐ 移動支援 ☐ その他()	【例】 同行援護 月20時間	【例】 同行援護●●事業所 (担当者:●●●●●、●●●●●)

その他留意事項	記入の必要はありません
---------	-------------

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案【週間計画表】(セルフプラン)

(様式4-2)

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								【例】 月曜日の午後1時から午後3時まで買い物のため外出している。 日常生活上の活動や参加している活動について記入する。
8:00								
10:00								
12:00								
14:00	【例】 買い物 (●●事業所)	週間で利用するサービスを具体的に記入する 決まっていれば事業所名も記入してください ※利用する事業所が決まっていない場合、 記入しないでください						
16:00								週単位以外のサービス
18:00								【例】 月1回、■■総合病院の眼科に通院している。 月1回、午後6時から午後9時まで、福祉団体の会合に出席している。 隔週の午前中、陸上競技場で視覚障害者のジョギングサークルに参加している。 年に2・3回、市役所で手続きを行っている 通院や短期入所等週単位以外のサービスの利用状況について記入する
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								

私は、障害福祉サービス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)・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だけでなく、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。※セルフプランの提出に関しては、自らサービスの調整を図ることや、指定特定相談支援事業所からモニタリングが実施されないなど、制度を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。

利用者署名欄	
計画相談支援希望の有無	有 ・ 無