

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）

短期入所記載

（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】 ・家族が冠婚葬祭や旅行などで外出したとき一時的に施設に宿泊したい。 ・介護者の介護疲れの防止のため一時的に施設に宿泊したい。 困っていることやこういう生活をしたいということを記入してください。
目標	記入の必要はありません

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】 ・家族が冠婚葬祭などで外出したときに施設に短期入所を利用する ・介護者の介護疲れの防止のため施設に短期入所を利用する。 上記の希望する生活をするためにどのようなことをしていくのかを記入してください	☐ 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】 短期入所 月7日 サービスの内容と量を記入してください 裏面の週間計画と整合性をとるようにしてください	●●事業所 （担当者：●●●●、●●－●●●●） ××事業所 （担当者：××××、××－××××） 利用する（または希望する）施設名を記入 担当者がわからない場合には未記入で結構です ※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

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】 油絵の教室に第3金曜日に通っている。 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								
16:00								週間で利用するサービスを具体的に記入する 短期入所のための申請の場合、決まっている曜日に必ず利用している方であれば記入する必要があります。 週単位以外のサービス 【例】 家族が介護できない場合、施設にて短期入所を利用する。 月1回、■■総合病院の内科に通院している。 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
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								利用者署名欄は利用者本人が記入してください 代筆の場合、代筆者署名欄に記入してください 印を押すところはありません

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