

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)

(様式4-1)

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先電話番号	— —
利用者氏名(児童氏名)					
受給者証番号		障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	平成 年 月 日

希望する生活 (困っていることも記入してください)	
目標	

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 <input checked="" type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()

利用する福祉サービス等		
種類(サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型) <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> その他()		

その他留意事項	
---------	--

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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

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

代筆者署名欄