

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	でんぼう はなこ	生年月日	昭和平成 30 年 1 月 1 日	連絡先電話番号	短期入所記載例
利用者氏名(児童氏名)	伝法 花子	障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	
受給者証番号	新規の場合は番号がないので空欄 2 3 4 5 6	障害支援区分のある方は記入する			

希望する生活 (困っていることも記入してください)	<p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p>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</p>
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 <input checked="" type="checkbox"/>)
<p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族が冠婚葬祭や旅行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。 <p>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</p>	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" 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 checked="" 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()	<p>【例】</p> 短期入所 月7日 希望するサービスの内容と量を記入してください	<p>【例】</p> ●●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】 油絵の教室に第3金曜日に通っている。
8:00								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。
10:00								
12:00								週間で利用するサービスを具体的に記入する 短期入所のみ申請の場合、決まっている曜日に必ず利用している方でなければ記入する必要はありません。
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								【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。
20:00								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
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
4:00								

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	伝法 花子
代筆者署名欄	