

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4-2)

ふりがな 利用者氏名(児童氏名)	いまいずみ ごろう 今泉 五郎	生年月日	昭和・平成 30 年 1 月 1 日	連絡先電話番号	同行援護記載例
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 障害支援区分	なし・あり 1・2・3・4・5・6)	計画作成日	

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"> 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。 	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	<p>【例】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 	上記の希望する生活をするための目標を記入してください

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"> 同行援護を利用し、自分自身で公共機関等で手続きをを行う。 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。 	<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 checked="" 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()	<p>【例】</p> 同行援護 月20時間 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	<p>【例】</p> 同行援護 ●●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】 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。
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 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、 事業所名は記入しないでください
14:00								
16:00								週単位以外のサービス 【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。
18:00								
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								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
2:00								
4:00								

【例】

買い物
(●●事業所)

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	今泉 五郎
代筆者署名欄	