

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)

記載例 (様式4-1)

ふりがな	よしわら さぶろう	生年月日	昭和・平成 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	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	平成 25 年 11 月 1 日
受給者証番号	新規の場合は番号がないので空欄	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)	●●事業所の仕事に慣れたら、他の仕事もしてみたい。 一人暮らしをしてみたい。	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	仕事を続けられるようする。 一人暮らしに向けて家事やお金の管理が出来るようになる。	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"/> )
集中して作業に取り組めるようになる。 金銭管理が出来るようになる。 毎日仕事に行けるように健康に気をつける。	<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( )
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	

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 checked="" 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 checked="" 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( )	就労継続支援A型 週5日(月～金) 居宅介護 週1回(土、午前11時～12時)  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 ※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	●●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								●●事業所週3日通所している。 土曜日の午前11時から1時間、調理の手伝い、部屋の清掃のため××事業所の家事援助を利用している。 日曜日には買い物ののため外出することが多い。
8:00	起床・整容・朝食							
10:00								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。
12:00	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	居宅介護(家事援助) (××事業所)	買い物のため外出	
14:00								週単位以外のサービス 月に2回、水曜日に▲▲病院に通院している。
16:00								
18:00								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
20:00								
22:00								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
0:00								
2:00								
4:00								

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、  
 記入しないでください

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	吉原 三郎
代筆者署名欄	