

サービス等利用計画(セルフプラン記入例)

ふりがな		せいねんがっぴ 生年月日	たいしやう 大正・昭和 ねん 年 がつ 月 にち 日	れんらくききでんわばんごう 連絡先電話番号	- -
りやうしゃしめい 利用者氏名					
しょうふくし 障害福祉サービス じゅきゅうしゃしょうばんごう 受給者証番号		しょうがいしえんくぶん 障害支援区分 (旧障害程度区分)	なし・区分1・2・3・4・5・6	けいかくさくせいひ 計画作成日	れいわ 令和 ねん 年 がつ 月 にち 日

きぼうするせいかつまたもくひよう 希望する生活又は目標 (当てはまる内容にチェックしてください)	きぼうするふくしサービスとう 希望する福祉サービス等		
	サービス種類	きぼうするじかんすうとう 希望する時間数等	びこう 備考
しょうがいふくしとうりようかんほうもんけい 障害福祉サービス等の利用に関すること(訪問系)	<input type="checkbox"/> かじえんじよ 家事援助	時間/月	
<input type="checkbox"/> にゆうよくはいしよくじとうかいじよ 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい	<input type="checkbox"/> しんたいかいご 身体介護	時間/月	
<input type="checkbox"/> ちようりせんたくかものとうかいじよ 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい	<input type="checkbox"/> つういんとうかいじよ 通院等介助	時間/月	
<input type="checkbox"/> がいしゆつしえん 外出するための支援を受けたい	<input type="checkbox"/> つういんとうじようこうかいじよ 通院等乗降介助	回/月	
<input type="checkbox"/> がいしゆつさきだいどくだいひつ 外出先で代読・代筆してもらいたい	<input type="checkbox"/> じゆうどほうもんかいご 重度訪問介護	時間/月	
その他 ほか	<input type="checkbox"/> じゆうどほうもんかいご 内移動介護	時間/月	
「	<input type="checkbox"/> こうどうえんご 行動援護	時間/月	
」	<input type="checkbox"/> どうこうえんご 同行援護	50時間/月	
しょうがいふくしとうりようかんにちちゆうかつどうけい 障害福祉サービス等の利用に関すること(日中活動系)	<input type="checkbox"/> いどうしえん 移動支援	50時間/月	
<input type="checkbox"/> しえんうなかまにちちゆうす 支援を受けながら仲間と日中を過ごしたい	<input type="checkbox"/> せいかつかいご 生活介護	日/月	
<input type="checkbox"/> はたら 働きたい	<input type="checkbox"/> ちいきかつどうしえん 地域活動支援センター	日/月	
<input type="checkbox"/> ひとりぐれんしゆう 一人暮らしの練習をしたい	<input type="checkbox"/> しゆうろういこうしえん 就労移行支援	日/月	
その他 ほか	<input type="checkbox"/> しゆうろうけいぞくしえんがた 就労継続支援(A型)	日/月	
「	<input type="checkbox"/> しゆうろうけいぞくしえんがた 就労継続支援(B型)	日/月	
」	<input type="checkbox"/> しゆうろうていちやくしえん 就労定着支援	日/月	
」	<input type="checkbox"/> じりつせいかつえんじよ 自立生活援助	日/月	
	<input type="checkbox"/> じりつくんれんきのうくんれん 自立訓練(機能訓練)	日/月	
	<input type="checkbox"/> じりつくんれんせいかつくんれん 自立訓練(生活訓練)	日/月	

希望する生活又は目標 (当てはまる内容にチェックしてください)		希望する福祉サービス等		
		サービス種類	希望する時間数等	備考
障害福祉サービス等の利用に関すること(居住系) <input type="checkbox"/> 働きながら一人暮らしの練習をしたい <input type="checkbox"/> 仲間と共同生活がしたい <input type="checkbox"/> 福祉施設で暮らしたい その他 「		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 身体介護 時間/月 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型	
障害福祉サービス等の利用に関すること(その他) <input type="checkbox"/> 家族を休ませてあげたい <input type="checkbox"/> いつでも相談できるところがほしい その他「		<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 地域移行支援	日/月 8日/月・23日/月	

具体的な目標があれば記入してください。	達成時期 (いつまでに)	福祉サービス等 (どこで)	本人の役割 (何をがんばるのか)	備考
1 事業所に特に配慮してもらいたいことがある場合は記入。				
2 必須事項ではありません。				
その他 注意してほしいこと	利用者本人が記入した場合は本人の署名又は記名押印 利用者以外の者が記入した場合は、記入した者の職名又は続柄及び署名又は記名押印	セルフプランの作成にアドバイスをを行った者の職名又は、続柄及び署名又は記名押印 計画相談支援事業者でセルフプランの内容確認を行った場合は、相談支援事業所の事業所印を押印	利用者本人が記入した場合は不要 本人以外の者が記入した場合は、利用者本人の署名又は記名押印が必要	
作成者		私は、計画相談支援事業所の計画(案)にかえて上記のとおり「セルフプラン」を提出します。 なお、モニタリングがないことについて説明を受けています。		
相談者		利用者同意署名欄		