

サービス等利用計画(セルフプラン)

ふりがな		せいねんがっぴ 生年月日	たいしやう しょうわ 大正・昭和 ねん 年 がっ 月 にち 日	れんらくききでんわばんごう 連絡先電話番号	-	-
りようしゃしめい 利用者氏名						
しょうがいふくし 障害福祉サービス じゆきゆうしやしょうばんごう 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・くぶん 区分1・2・3・4・5・6	けいかくさくせいび 計画作成日	れい わ 令和	ねん 年 がっ 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 サービス等 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 ょ 家事援助	時間/月	
<input type="checkbox"/> にゆうよく はい しょくじとう かいじょ う 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 かいじょ う 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ょ 通院等介助	時間/月	
<input type="checkbox"/> がいしゆつ しえん う 外出するための支援を受けたい	<input type="checkbox"/> つういんとうじょうこうかいじょ 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"/> じゅ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"/> じゅうどほうもんかいご 重度訪問介護	内移動介護 時間/月	
<input type="checkbox"/> こうどうえんご 行動援護	<input type="checkbox"/> こうどうえんご 同行援護	時間/月	
<input type="checkbox"/> どうこうえんご 同行援護	<input type="checkbox"/> いどうしえん 移動支援	50時間/月	
<input type="checkbox"/> いどうしえん 移動支援	<input type="checkbox"/> せい かつ かい ご 生活介護	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"/> せい かつ かい ご 生活介護	日/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"/> 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"/> はたら 働きたい	<input type="checkbox"/> しゅうろう い こう し えん 就労移行支援	日/月	
<input type="checkbox"/> ひとりぐ れんしゅう 一人暮らしの練習をしたい	<input type="checkbox"/> しゅうろう けい ぞく し えん がた 就労継続支援(A型)	日/月	
その他 ほか 「	<input type="checkbox"/> しゅうろう けい ぞく し えん がた 就労継続支援(B型)	日/月	
<input type="checkbox"/> しゅうろう てい ちやく し えん 就労定着支援	<input type="checkbox"/> じ り つ せい かつ えん じ ょ 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)	<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	
<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)	<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 (どうやって)	本人の役割 (何をがんばるのか)	備考
1				
2				

その他 注意してほしいこと	
------------------	--

作成者 <small>署名又は記名押印</small>	
相談者 <small>署名又は記名押印</small>	

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。

利用者同意署名欄 <small>署名又は記名押印</small>	
-------------------------------------	--