

# 【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名	札幌 太郎	障害支援区分	3	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	連絡先電話番号	—
受給者番号	1234567890	区分		計画作成日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	作成補助者（または保護者）	

## ◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、目標など	一人立ちができるように、少しでも働いて収入を得られるようになりたい。将来は1人暮らしをしたい。
-------------	---

## ◎これから利用したいサービス

日中活動	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能) <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <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"/> その他( )	目標： 自分に向いている仕事を見つけ、一つひとつできることを増やしながら、一人で仕事ができるようになる。	(利用回数) 5回/月
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他( ) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> その他( )	目標： ヘルパーの支援を受けながら、掃除・洗濯ができるようになる。	1回/月
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援	目標： 映画館に行ったり、買い物をしたりして、行ける所を増やす。	1回/月

相談支援事業所に依頼していればこちらにチェック

【必須】 次のいずれかに必ずチェックとご記入をお願いします。

私はこのセルフプラン提出後、相談支援事業所に「サービス等利用計画(案)等」の作成を依頼します。又は、すでに依頼しています

相談支援事業所に依頼希望がなければこちらにチェック

依頼したい(している)相談支援事業所名:

私は障害福祉サービス等を利用するにあたり、「サービス等利用計画(案)等」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、「セルフプラン」を提出します。

なお、セルフプラン提出に関しては、自分でサービスを調整することや、相談支援事業所からモニタリング(定期的)に訪問し、サービスの利用状況を確認する)が受けられないなど、制度の内容を理解し、又は説明等を受けています。

自筆署名または記名(代筆可)押印

自署または記名押印  
 札幌 太郎 印

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。

区保健福祉部受理日	平成 年 月 日	福祉支援 担当者	保健支援
-----------	----------	----------	------

【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン②）

時間	月	火	水	木	金	土	日	サービス
4:00								週単位以外のサービス
5:00								移動支援（月1回、日曜日に映画館や買い物に行く。） 家族と過ごす（外出等） ※月1回、映画館や買い物に行く。
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								福祉サービス提供事業所
17:00								就労支援センター△
18:00								△
19:00								居宅介護事業所□□
20:00								□
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								※事業所が決まっている場合は、記入してください
4:00								

標準的な週間計画をご記入ください

就労移行支援

就労移行支援

就労移行支援

就労移行支援

就労移行支援

居宅介護（家事援助）

家族と過ごす（外出等）

※月1回、映画館や買い物に行く。

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）