

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費 様式集

○サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 提出依頼書	・・・1
○サービス等利用計画案の提出について（セルフプラン原則不可対象者用）	・・・2
○サービス等利用計画案の提出について（従来版）	・・・4
○セルフプラン様式及び記載例	・・・6
○計画相談支援給付費等支給申請書	・・・12
○計画相談支援給付費等 依頼（変更）届出書	・・・13
○契約内容報告書	・・・14
○サービス等利用計画案（様式1-1、1-2、1-3、別紙1、2）	・・・15
○サービス等利用計画（様式2-1、2-2、2-3）	・・・20
○モニタリング報告書	・・・23
○計画相談支援各種加算標準様式	・・・24
（平成30年3月30日 厚生労働省「平30年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ&A VOL.1」別添資料2）	
・計画相談支援・障害児相談支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録（保存用）	
・入院時情報提供書	
・退院・退所加算 記録（保存用）	
・居宅介護支援事業所等連携 記録（保存用）	
・医療・保育・教育機関等連携 記録（保存用）	
・サービス担当者会議 記録（保存用）	
・サービス提供時モニタリング 記録（保存用）	
・計画相談支援・障害児相談支援における各支援体制加算に係る基準の遵守状況に関する記録（保存用）	
・体制加算名簿	

(住所・氏名)

_____様

札幌市 区保健福祉部保健福祉課

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 提出依頼書

このたびの障害福祉サービス等の申請について、支給（給付）要否決定の参考とするため、下記の書類をご提出くださいますようお願いいたします。

< 提出書類 >

「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」

- 1 もよりの「指定特定相談支援事業者」または「指定障害児相談支援事業者」に作成を依頼してください。
- 2 1に代えて、別紙「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）」により提出することもできます。

※ 詳しくは、同封の書類をご参照ください。

< 提出期限 >

- 障害支援区分認定が必要な場合 区分認定の通知の日から7日以内
- 障害支援区分認定が不要な場合 障害福祉サービス等の申請日から30日以内

連絡先 〒0000-0000 札幌市 区 条 丁目
札幌市 区保健福祉部保健福祉課

TEL 011- -2400

さ - び す と う り よ う け い か く あ ん て い し ゅ つ ～サービス等利用計画案の提出について～

しょうがいふくし さ - び す ちいきそうだしえん りょう ばあい さ - び す と う
障 害 福 祉 サービス や 地 域 相 談 支 援 を 利 用 す る 場 合 に は 「 サービス 等
りょう け い か く あ ん い か け い か く あ ん さくせい
利用 計 画 案 」 (以 下 、 こ れ ら を 「 計 画 案 」 と い い ま す 。) を 作 成 い た だ く こ
と が 必 要 と な り ま す 。

くやくしょ けいかくあん さんこう しきゅうけつてい けいかくあん
区 役 所 で は 、 こ れ ら の 計 画 案 を 参 考 に 支 給 決 定 し ま す の で 、 計 画 案 を ご
ていしゆつ
提 出 ぐ だ さ い 。

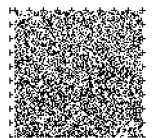
1 けいかくあん さくせい ひつよう かな 計 画 案 の 作 成 が 必 要 な 方

- すべ しょうがいふくし さ - び す また ちいきそうだしえん しきゅうしんせい おこな かな
・ 全 体 の 障 害 福 祉 サービス 又 は 地 域 相 談 支 援 の 支 給 申 請 を 行 っ た 方 が
たいしゅう ついかしんせい こうしんしんせい
対 象 と な り ま す (サービス の 追 加 申 請 や 更 新 申 請 も 含 み ま す) 。

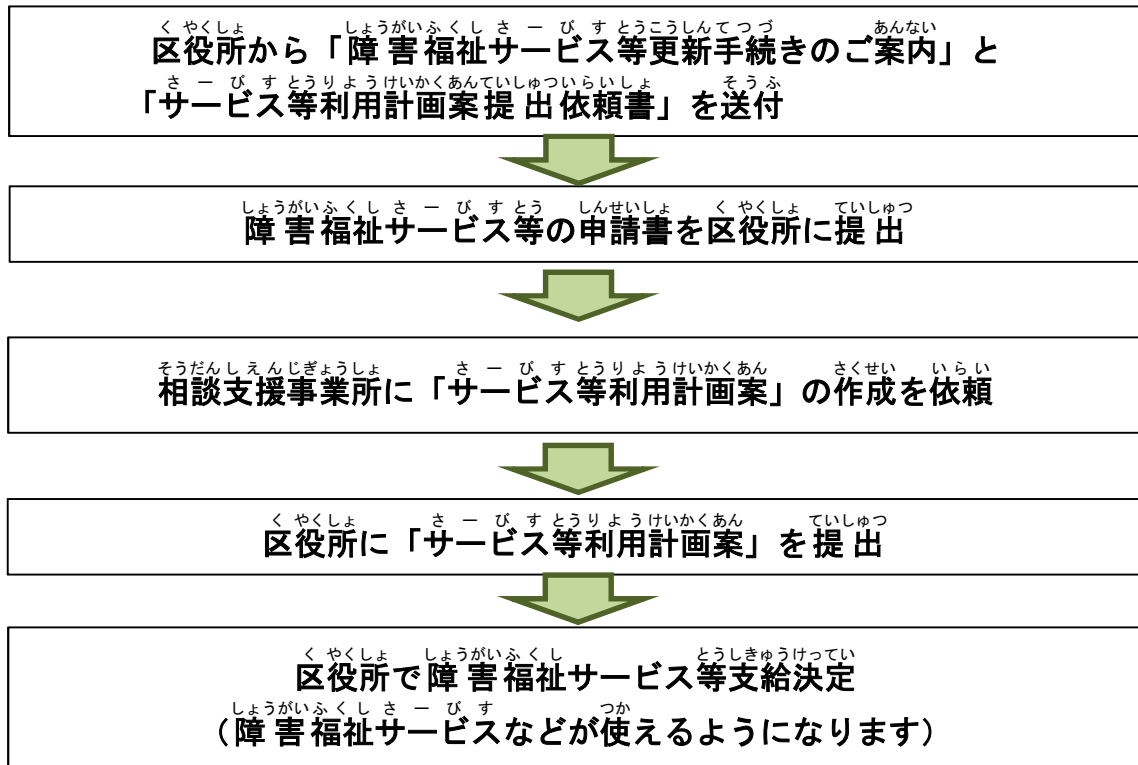
2 けいかくあん さくせい 計 画 案 の 作 成

- へいせい がつ けいか そち しゅうりょう ほうりつ きてい けいかくあん
・ 平 成 2 7 年 3 月 に 経 過 措 置 が 終 了 し た た め 、 法 律 の 規 定 に よ り 、 計 画 案
ていしゆつ げんそく
を 提 出 し て い た だ く こ と が 原 則 と な り ま す 。
- けいかくあん そうだしえんじぎょうしょ さくせい そうだしえんじぎょうしょ
・ 計 画 案 は 「 相 談 支 援 事 業 所 」 が 作 成 し ま す の で 、 も よ り の 相 談 支 援 事 業 所
さくせい いらい
に 作 成 を 依 頼 し て く だ さ い 。
- そうだしえんじぎょうしょ しょう かな かぞく よ そ そうごうてき えんじょ
・ 「 相 談 支 援 事 業 所 」 は 、 障 が い の あ る 方 と ご 家 族 に 寄 り 添 い 、 総 合 的 な 援 助
ほうしん かいけつ かない ふ もっと てきせつ くみあ
方 針 や 解 決 す べ き 課 題 を 踏 ま え 、 最 も 適 切 な サ ー ビ ス の 組 合 わ せ な ど に
けんとう ていあん しょう かな いしけつてい しえん
つ い て 検 討 し 、 ご 提 案 す る と と も に 、 障 が い の あ る 方 の 意 思 決 定 の 支 援
おこな
を 行 い ま す 。
- しょう かな ほんにん いし きぼう ばあい そうだしえんじぎょうしょ み
・ 障 が い の あ る 方 ご 本 人 の 意 思 で 希 望 す る 場 合 ま た は 相 談 支 援 事 業 所 が 見
ばあい ていしゆつ くやくしょ
つ か ら な い 場 合 は 、 セ ル フ プ ラ ン を 提 出 す る こ と も で き ま す (区 役 所 へ
そうだん
ご 相 談 く だ さ い) 。

りめん つづ
(裏面に続きます)



3 サービス利用までの流れ



4 Q&A

Q 相談支援事業所に計画案作成をお願いしたら費用はかかりますか。

A 計画案の作成にかかる費用は、札幌市から相談支援事業所に直接支払いますので、利用者が費用を負担することはありません。

Q 提出期限までに計画案を提出できない場合はどうなるのですか。

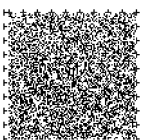
A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案の提出が遅れそうな場合は個別に区役所へご相談ください。

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

A 区役所では、計画案のほか、障害支援区分やサービスの利用意向なども踏まえて支給決定しますので、必ずしも計画案どおりとはならない場合もあります。

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会はありますか。

A 相談支援事業所が計画案を作成した場合は、サービス利用開始後も相談員が定期的にご自宅などを訪問します。サービスの利用状況を確認し(モニタリング)、必要に応じて計画の見直しなどを行います。



さ - び す と う り よ う け い か く あ ん て い し ゅ つ ～サービス等利用計画案の提出について～

ほうかいせい へいせい ねん がつ しょうがいふくし さ - び す ちいきそうだんしえん
法改正により、平成24年4月から、障害福祉サービスや地域相談支援
りょう ばあい さ - び す と う り よ う け い か く あ ん しょうがいじつうしよしえん りょう
を利用する場合には「サービス等利用計画案」を、障害児通所支援を利用
する場合には「障害児支援利用計画案」（以下、これらを「計画案」といい
ます。）を ご作成いただくことが必要となりました。
くやくしよ けいかくあん さんこう しきゅうけつてい さ - び す と う
区役所では、これらの計画案を参考に支給決定しますので、「サービス等
りょうけいかくあんでいしゅついらいしよ きさい ていしゅつぎげん けいかくあん ていしゅつ
利用計画案提出依頼書」に記載された提出期限までに、計画案をご提出
ください。

1 けいかくあん さくせい 計画案の作成

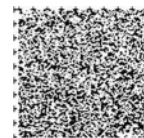
- けいかくあん そうだんしえんじぎょうしよ さくせい そうだんしえんじぎょうしよ
・ 計画案は「相談支援事業所」が作成しますので、もよりの相談支援事業所
に作成を依頼してください。
- けいかくあん じしん さくせい かのう せるふぷらん
・ 計画案はご自身で作成することも可能です（これを「セルフプラン」とい
います。）。ご家族やサービス提供事業所の方などにご協力いただき、
さくせい かま きぼう かた どうふう ようし
作成しても構いません。セルフプランを希望される方は同封の用紙をご
しよ
使用ください。

2 けいかくあん さくせい ひつよう かた 計画案の作成が必要な方

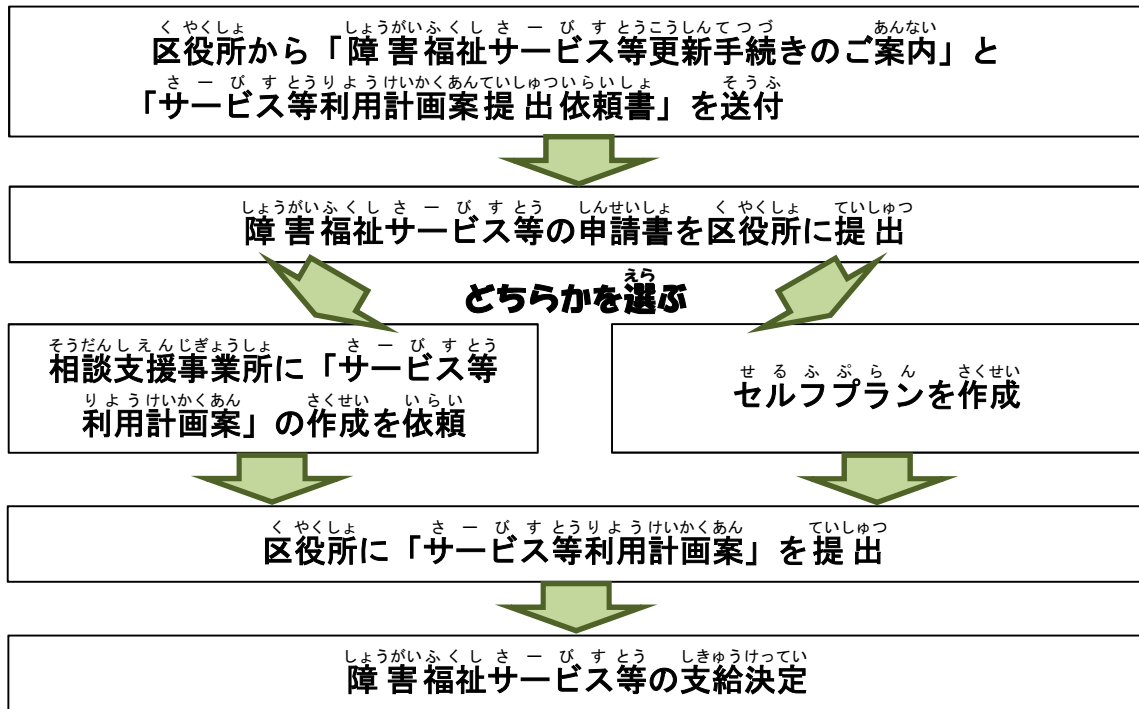
- しょうがいふくし さ - び す しょうがいじつうしよしえんまた ちいきそうだんしえん しきゅうしんせい おこな
・ 障害福祉サービス、障害児通所支援又は地域相談支援の支給申請を行っ
かた たいしよ
た方が対象となります。

※ さっぽろし へいせい ねんど へいせい ねんど あいだ だんかいてき たいしよ
札幌市では、平成24年度から平成26年度までの間に段階的に対象
かくだい ねんど しんせい かた
を拡大しておりますが、平成26年度からは、更新申請する方について
けいかくあん さくせい
も計画案の作成が必要となりました。

りめん つづ
(裏面に続きます)



3 計画案提出の流れ



4 Q&A

Q 相談支援事業所に計画案作成をお願いしたら費用はかかりますか。

A 計画案の作成にかかる費用は、札幌市から相談支援事業所に直接支払いますので、利用者が費用を負担することはありません。

Q 提出期限までに計画案を提出できない場合はどうなるのですか。

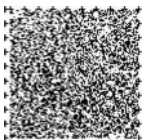
A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案の提出が遅れそうな場合は個別にご相談ください。

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

A 区役所では、計画案のほか、障害支援区分やサービスの利用意向なども踏まえて支給決定しますので、必ずしも計画案どおりとはならない場合があります。

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会がありますか。

A 相談支援事業所が計画案を作成した場合は、サービス利用開始後も相談員が定期的にご自宅などを訪問します。サービスの利用状況を確認し（モニタリング）、必要に応じて計画の見直しなどを行います。



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	障害支援	生年月日	昭和・平成	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号	区分	計画作成日	令和	年	月	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

◎これから利用したいサービス

日中活動	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)	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:	利用回数 (利用回数)
共同	<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 type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護	目標:	週・月 回
住まい	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護) <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"/> 通院等乗降介助・通院等介助 <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:	週・月 回
その他				

【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。
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。

自署または記名押印等
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	令和 年 月 日	福祉支援 保健支援	担当者
-----------	----------	--------------	-----

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）

しゅうかんけいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								ふくし 福祉サービス提供事業所
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								※じぎょうしょ 事業所が決まっている ばあい きにゅう 場合、記入してください
4:00								

7

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。)

【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	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	令和〇年〇〇月〇〇日	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	独り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、一人で仕事ができるようになる。	(利用回数) 〇 週 月 5 回
住まい	共同生活 <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()	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。	〇 週 月 1 回
	在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護) <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"/> 通院等乗降介助 <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。	〇 週 月 1 回
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。	〇 週 月 1 回

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	令和 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	週単位以外のサービス
4:00								
5:00								移動支援（月1回、日曜日に映画館や買い物に行く。） ※月1回、映画館や買い物に行く。 家族と過ごす（外出等）
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
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。

福祉サービス提供事業所

就労支援センター△

△

居宅介護事業所□□

□

※事業所が決まっている場合は、記入してください

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。）

セルフプラン 記載の手引き

◎セルフプラン①

- 1 利用者氏名**
サービス等を利用される方のお名前を記載します。
- 2 受給者番号・障害支援区分**
障害福祉サービス等の受給者証に記載されているとおりに記載します。
なお、新たに支給決定を受ける方で受給者証が交付されていない場合や、障害支援区分が認定されていない場合は、記載は不要です。
- 3 生年月日**
サービス等を利用される方の生年月日を記載します。
- 4 連絡先電話番号**
セルフプランを作成された方の連絡先を記載します。
- 5 計画作成日**
セルフプランを作成した日を記載します。
- 6 作成補助者（または保護者）**
保護者の方や支援者の方の補助によりセルフプランを作成した場合には、補助者のお名前を記載します。
- 7 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**
「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という生活の希望や目標を記載します。
- 8 これから利用したいサービス**
このたび申請したサービス等に、チェック（）を入れます。
当てはまるものが無い場合には、「その他」欄に記載します。
- 9 目標**
サービス等を利用することによる、当面の短期的な目標を記載します。

10 利用回数

申請したサービス等のおおよその利用回数を記載します。

11 【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。

- (1) セルフプラン提出後に「サービス等利用計画(案)等」の作成を相談支援事業所に依頼したい(している)場合
一つ目(上)の□にチェック(☑)を入れ、相談支援事業所名を記載します。
- (2) 相談支援事業所に依頼希望はなく、セルフプランを自分で作成し、提出する場合
二つ目(下)の□の記載内容を確認のうえ、チェック(☑)を入れてください。

◎セルフプラン②

(作成可能な場合に記入してください。)

1 週間計画表

1週間の生活の流れを記載します。

起きてから寝るまでの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間もできる限り切れ目なく記載してください。

2 週単位以外のサービス

- (1) 不定期に利用しているサービス等について記載します。
(例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等)
- (2) 医療機関への受診状況なども記載します。
- (3) 一時的に必要なとなるサービス等について記載します。

3 福祉サービス提供事業所

利用する事業所が決まっている場合、記載します。

計画相談支援給付費等支給申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名			年 月 日
	個人番号			
	居住地	〒		
		電話番号		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	
	氏名			年 月 日
	個人番号		続柄	
受給者証番号				
給付費の種類		<p>利用する給付費に「レ」をつけてください。(障害福祉サービスと障害児通所支援の両方のサービスを利用する場合は、「障害児相談支援給付費」に「レ」をつけてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費(障害福祉サービス又は地域相談支援を利用する場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 障害児相談支援給付費(障害児通所支援を利用する場合)</p>		

届出者 (※申請者と同一の場合は記入不要です。)

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒		
		電話番号		

備考 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る。

計画相談支援等 依頼（変更）届出書

（あて先） 札幌市 区保健福祉部長

令和 年 月 日

次のとおり、指定特定（障害児）相談支援事業者に計画相談支援又は障害児相談支援を依頼（変更）することを届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	〒	電話番号				
フリガナ			生年月日	年	月	日
支給決定に係る児童氏名			続柄			
受給者証番号						
計画相談支援等 （変更）する事業者	事業者の事業所名					
	事業者番号					
	事業所の所在地	電話番号				
	事業者を変更する場合の事由等	（事業者を変更する場合のみ記入してください）				
変更年月日（令和 年 月 日付）						

届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

（注意）

- 1 この届出書は、計画相談支援等を依頼する事業者が決まり次第、速やかに、区保健福祉部へ提出してください。
- 2 計画相談支援等を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、区保健福祉部に提出してください。届出のない場合は、計画相談支援給付費又は障害児相談支援給付費を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

計画相談支援等 契約内容報告書

〒 札幌市 区
区保健福祉部長 様

事業者番号
事業者及びその事業所の名称 代表者	

下記のとおり、当指定特定（障害児）相談支援事業者と計画相談支援又は障害児相談支援対象障害者（保護者）との計画相談支援又は障害児相談支援の利用契約について、報告いたします。

記

報告対象者

受給者証番号		
認定障害者（保護者）氏名		認定に係る 児童氏名	

契約締結の報告

契約期間始期	令和 年 月 日
--------	----------

契約内容変更の報告

変更後の 契約期間始期	令和 年 月 日	変更理由	
----------------	----------	------	--

契約終了の報告

契約期間終期	令和 年 月 日	終了理由	
--------	----------	------	--

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式1-1）

					さくせいび 作成日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃ どうい しよめいらん 利用者同意署名欄	
りようしゃ しめい 利用者氏名		しょうがいしえん 障害支援			えん 円			そうだんしえん じぎょうしゃめい 相談支援事業者名			
じゆきゆうしゃばんごう 受給者番号		くぶん 区分						けいかく さくせい たんとしや めい 計画作成担当者名			でんわ 電話

◎利用者との面接

めんせつび 面接日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃいがい めんせつしゃ 利用者以外の面接者	りようしゃ かぞく 利用者の家族（	）	その他（	）
めんせつび 面接日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃいがい めんせつしゃ 利用者以外の面接者	りようしゃ かぞく 利用者の家族（	）	その他（	）

◎生活に対する意向、援助方針

りようしゃおよびそのかぞ 利用者及びその家 族の生活に対する 意向	
そうごうき えんじょ ほうしん 総合的な援助の方針	
ちようきもくひよう 長期目標	
たんきもくひよう 短期目標	

◎モニタリングの期間

<input type="checkbox"/> 毎月実施	しきゆう きかん かいし つき 支給期間開始月から	げつ か月
<input type="checkbox"/> 月ごとに1回実施		

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

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式1-2）

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

優先 順位	解決すべき課題・本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等の種類、内容、量	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式1-3）

しゅうか/けいかく/ひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも に にちじょうせいかつじょう 主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

ていきょう じつげん サービス提供によって実現す せいかつ ぜんたいぞう る生活の全体像	
---	--

申請者の現状(基本情報) (別紙1)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所				電話番号	
	[持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号	
障害または疾患名		障害支援区分		性別	男 ・ 女

<u>家族構成</u> ※年齢、職業、主たる介護者等を記入		<u>社会関係図</u> ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)	

<u>生活歴</u> ※受診歴等含む	<u>医療の状況</u> ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

<u>本人の主訴(意向・希望)</u>	<u>家族の主訴(意向・希望)</u>

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援 (障害福祉サービス等)					
その他の支援					

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】（別紙２）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00							週単位以外のサービス	
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式2-1）

利用者氏名	障害支援区分	利用者負担上限額	円	相談支援事業者名	利用者同意署名欄		
受給者番号				計画作成担当者名		でんわ電話	

◎サービス担当者会議（会議を開催していない場合は、専門的意見を聴取した事業者名称と担当者名を記入します）

会議実施日	令和 年 月 日						
会議出席者	事業者等名称						
	担当者名						

◎生活に対する意向、援助方針

利用者及びその家族の生活に対する意向							
総合的な援助の方針							
長期目標							
短期目標							

◎モニタリング予定月

		支給期間							～					
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
令和	年度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
令和	年度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
令和	年度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
令和	年度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式2-2）

◎^{かいけつ}解決すべき課題、^{かだい}提供される^{ていきょう}福祉サービス等^{ふくし}の目標及び^{とう}その^{もくひょうおよ}達成時期^{たっせいじき}など

ゆうせん 優先 じゆんい 順位	^{かいけつ} 解決すべき課題・ ^{かだい} 本人の ^{ほんにん} ニーズ	^{しえん} 支援目標	^{たっせいじき} 達成時期	^{ふくし} 福祉サービス等の ^{しゆるい} 種類、 ^{ないよう} 内容、 ^{りょう} 量	^{ていきぎょうしゃめい} 提供事業者名 ^{たんとしやめい} （担当者名・ ^{でんわ} 電話）	^{かだい} 課題解決のための ^{ほんにん} 本人の ^{やくわり} 役割	^{ひようかじき} 評価時期	^た り ^{ゆういじこう} 留意事項
1								
2								
3								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式2-3）

しゅうか/けいかく/ひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも に にちじょう せいかつ じょう こうどう 主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								しゅうたん い がい 週単位以外のサービス
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

ていきょう
サービス提供によって実現す
せいかつ
る生活の全体像

モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）（計画様式3）

	モニタリング実施日 <small>じっしび</small>	令和	年	が	つ	月	に	ち	日	作成日 <small>さくせいび</small>	令和	年	が	つ	月	に	ち	日	利用者同意署名欄 <small>りようしゃ どうい しよめいらん</small>		
利用者氏名 <small>りようしゃ しめい</small>		障害支援 <small>しょうがいしえん</small>					利用者負担 <small>りようしゃふたん</small>				円 <small>えん</small>									相談支援事業者名 <small>そうだんえん じぎょうしゃめい</small>	
受給者番号 <small>じゆきゆうしゃばんごう</small>		区分 <small>くぶん</small>					上限額 <small>じょうげんがく</small>													計画作成担当者名 <small>けいかく さくせい たんとしや めい</small>	でんわ 電話

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位 <small>ゆうせん じゆん</small>	支援目標 <small>しえんもくひょう</small>	達成時期 <small>たっせい じき</small>	サービス提供状況 <small>ていきょうきょう</small> (事業者からの聞き取り)	本人の感想・満足度 <small>ほんにん かんそう まんぞくど</small>	支援目標の達成度 <small>しえんもくひょう たっせいど</small> (ニーズの充足度) <small>じゆうそくど</small>	今後の課題・ 解決方法 <small>こんご かだい かいけつほうほう</small>	計画変更の必要性 <small>けいかくへんこう ひつようせい</small>			その他留意事項 <small>た りゆういじこう</small>
							サービス 種類の変更 <small>サービス しゆるいへんこう 種類の変更</small>	サービス 量の 変更 <small>サービス りょう へんこう 量の 変更</small>	週間計画 の変更 <small>しゅうかゆいかく 週間計画 へんこう の 変更</small>	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	

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

計画相談支援・障害児相談支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録
(保存用)〔標準様式〕

平成 年 月サービス提供分

異動等区分	1 新規	2 継続	3 変更	4 廃止
加算の区分	1 特定事業所加算(Ⅰ)	2 特定事業所加算(Ⅱ)	3 特定事業所加算(Ⅲ)	4 特定事業所加算(Ⅳ)

1 相談支援専門員(常勤・専従)の状況

相談支援 専門員数	人	内 訳	常勤	専従	人	非常勤	専従	人
				兼務	人		兼務	人

※ 相談支援専門員初任者研修の修了証を添付すること。

①主任相談支援専門員の状況

相談支援専門員氏名	
-----------	--

②相談支援専門員(現任研修修了者)の状況

相談支援専門員氏名	
-----------	--

※ 主任相談支援専門員研修、相談支援従事者現任研修の修了証を添付すること。

2 定期的な会議の開催

利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を概ね週1回以上開催している。 ※「有」の場合には、開催記録を添付すること。	有	・	無		
開催日	① 日	② 日	③ 日	④ 日	⑤ 日

3 24時間連絡体制の確保

24時間常時連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保している。	有	・	無
具体的な方法			

※ 「有」の場合には、具体的な体制を示した書類の添付でも可とする。

4 研修の実施

当該相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、特定事業所加算(Ⅰ)の場合は主任相談支援専門員、その他の場合は現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有	・	無
--	---	---	---

※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

5 基幹相談支援センター等との連携について

(基幹相談支援センター等から支援が困難な利用者の紹介があった場合)当該利用者に計画相談支援(障害児相談支援)の提供を開始した。	有	・	無
	(開始件数 :		件)
(基幹相談支援センター等が開催する事例検討会等がある場合)当該事例検討会等に参加した。	有	・	無
	参加年月日 :		
	主催団体名 :		

※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

6 相談支援専門員一人当たりの取扱件数

1月当たりのサービス利用支援等の数(前6月平均)	件	件/人
1月当たりの相談支援専門員の人数(前6月平均)	人	

※ サービス利用支援等とは、サービス利用支援及び継続サービス利用支援(障害児相談支援事業の指定も受けている場合は障害児支援利用援助、継続障害児支援利用援助を含む)をさす。

入院時情報提供書

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

提供先機関名 _____

□利用者本人の概要

家族構成等				
生活歴				
病歴・障害歴	年月	事項	年月	事項
医療機関利用状況				

□現在の生活状況の概要(本人及び介護者の一日の流れ等)

--

□利用者の状況(支援の有無と具体的な支援方法について)

1 生活基盤に関する領域(経済状況、住環境等)

--

2 健康・身体に関する領域(服薬状況、食事状況、健康管理状況)

--

3 日常生活に関する領域(日常生活動作・手段的日常生活動作の状況)

--

4 コミュニケーションスキルに関する領域
(意思表示・意思伝達的手段と必要な支援、他者から意思伝達の理解等)

--

5 社会生活技能に関する領域(対人関係、屋外での移動、金銭管理、危機管理等)

--

6 社会参加に関する領域(趣味、社会的活動等)

--

7 教育・就労に関する領域(就学・就労の状況について)

--

8 家族支援に関する領域

--

退院・退所加算 記録(保存用)[標準様式]

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

病院・施設等との情報交換等の記録

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき事項						

居宅介護支援事業所等連携 記録(保存用)[標準様式]

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

居宅介護支援事業所等との連携についての記録

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

医療・保育・教育機関等連携 記録(保存用)[標準様式]

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

医療機関、保育園等、教育機関等との情報交換等の記録

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

機関名 (担当者)						
年月日		年	月	日	時間	場所
情報交換等の内容						

情報交換の結果からサービス等利用計画に反映されるべき事項	

サービス担当者会議 記録(保存用)[標準様式]

利用者名 _____

相談支援専門員氏名 _____

開催年月日 年 月 日

開催時間 ~

開催場所 _____

区分 (いずれかに○をつける)	1 サービス利用支援		2 継続サービス利用支援	
	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者				
検討した項目				
検討した内容				
検討した結果				
その他				

サービス提供時モニタリング 記録(保存用)[標準様式]

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

実施年月日 年 月 日

実施時間 ~ _____

実施場所(自宅・事業所名など) _____

<p>確認事項 (モニタリング前に記入)</p>	
<p>提供されていた支援</p>	
<p>サービス提供時の 利用者の様子</p>	
<p>その他 (利用者・サービス提 供事業者等との やり取り等)</p>	

計画相談支援・障害児相談支援における各支援体制加算に係る基準の遵守状況に関する記録
(保存用)[標準様式]

平成 年 月サービス提供分

加算種別	区分		
1 行動障害支援体制加算	1 新規	2 継続	3 終了
2 要医療児者支援体制加算	1 新規	2 継続	3 終了
3 精神障害者支援体制加算	1 新規	2 継続	3 終了

1 相談支援専門員の状況

(1)相談支援専門員(強度行動障害支援者養成研修(実践研修)等修了者)の状況

研修名	
修了者名	

※強度行動障害支援者養成研修(実践研修)等の修了証を添付すること。

(2)相談支援専門員(医療的ケア児等コーディネーター養成研修等修了者)の状況

研修名	
修了者名	

※医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了証を添付すること。

(3)相談支援専門員(精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等修了者)の状況

研修名	
修了者名	

※精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等の修了証を添付すること。

2 上記相談支援専門員の配置している旨の公表状況

(1)行動障害支援体制加算

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

(2)要医療児者支援体制加算

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

(3)精神障害者支援体制加算

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

＜行動障害支援体制加算＞

行動援護・重度訪問介護利用者等行動障害支援に関する専門性をようする利用者名簿

No	利用者氏名	契約年月日	契約終了年月日

