# サービス等利用計画案（セルフプラン①）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用者氏名（児童氏名） | | 障がい | | 生年月日 | 年　月　日 | 連絡先 | |
| 受給者番号 | | 支援区分 | | 計画作成日 | 年　月　日 | 代筆者（作成補助者） | |
| **セルフプランを希望する理由** | | **□　本人等がセルフプランを希望** | | | **□　身近な地域に相談支援事業者がいない** | | |

私は障がい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）について、相談支援事業所に依頼するのではなく、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。（セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、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、制度の内容を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。）

◎あなたはどのように暮らしていきたいですか。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 今、困っていること | | 現在受けているサービスを継続したい | |
| 希望する生活、目標など | | □　はい | □　いいえ |

| | | ◎利用したいサービス<br>（□に印をつけてください） | ◎目標はなんですか。どんなことがしたいですか。 | ◎事業所や担当者の名前、<br>利用する回数など |
|---|---|---|---|---|
| 日中活動 | | □就労移行支援　□児童発達支援<br>□就労選択支援　□放課後等デイサービス<br>□就労継続支援Ａ型　□医療型児童発達支援<br>□就労継続支援Ｂ型　□保育所等訪問支援<br>□生活介護　□その他（　　）<br>□自立訓練（機能・生活） | 目標や<br>したいこと　：<br>達成時期　： | |
| 生活の場所 | 共同 | □共同生活援助　□宿泊型自立訓練<br>□施設入所支援<br>□その他（　　） | 目標や<br>したいこと　：<br>達成時期　： | |
| | 在宅 | □居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助）<br>□重度訪問介護　□重度障がい者等包括支援<br>□同行援護　□行動援護<br>□短期入所　□地域定着支援<br>□就労定着支援　□自立生活援助<br>□その他（　　） | 目標や<br>したいこと　：<br>達成時期　： | |
| その他のサービス<br>（できるだけ具体的に） | | | | |

※この用紙の内容が書かれていれば、別の用紙に書いてもかまいません。

# サービス等利用計画案（セルフプラン②　１週間の予定表）

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 週単位以外のサービス |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4:00 | | | | | | | | |
| 5:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | | |
| 7:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | 希望するサービス（内容・支給量） |
| 11:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 19:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | 市記入欄 |
| 23:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 1:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 3:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |