

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）	福祉 いずみ	障がい	3	生年月日	昭和60 年 1 月 1 日	連絡先	0725-41-1551
受給者番号	5999999999	支援区分		計画作成日	平成 28年 4月 1日	代筆者（作成補助者）	福祉 太郎

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	作業所での仕事が面白くない。	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	今の生活を続けたい。色んな仕事をできるようになりたい。	☒ はい ☐ いいえ

		◎利用したいサービス (□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、 利用する回数など
日中活動		☐ 就労移行支援 ☐ 就労選択支援 ☐ 就労継続支援A型 ☒ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練（機能・生活） ☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ その他（ ）	目標や したいこと 作業所での仕事を続けていきたい 色んな内容の作業をしたい 達成時期：1年後	せんしゅう作業所 担当：山田さん
生活の場所	共同	☐ 共同生活援助 ☐ 施設入所支援 ☐ その他（ ） ☐ 宿泊型自立訓練	目標や したいこと 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） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☒ 短期入所 ☐ 就労定着支援 ☐ その他（ ） ☐ 重度障がい者等包括支援 ☐ 行動援護 ☐ 地域定着支援 ☐ 自立生活援助	目標や したいこと 達成時期：緊急時	ショートステイきんき
その他のサービス (できるだけ具体的に)		移動支援 日中一時支援		

※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

	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								たんきにゅうしょ 短期入所
8:00								
9:00								
10:00	しゅうろうけいぞくしえん がた さぎょうしょ 就労継続支援（B型）（せんしゅう作業所） 10:00～16:00					いどうしえん 移動支援		きぼう 希望するサービス ないよう しきゅうりよう (内容・支給量)
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								しゅうろうけいぞくしえん がた まいつきへいじつ 就労継続支援B型：毎月平日
15:00								たんきにゅうしょ つきにち 短期入所：月5日
16:00								
17:00								
18:00								いどうしえん つき じかん 移動支援：月10時間
19:00								にっちゅうい ち じしえん つき にち 日中一時支援：月5日
20:00								
21:00								
22:00								しきにゅうらん 市記入欄
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								