

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日( 歳)		
住 所					
受給者証番号	1 2 2 1 7	障害支援区分	なし・1・2・3・4・5・6 有効期限： 年 月 日		
申請区分	新規・継続・変更	作成者	本人・他( )		
		作成補助者	(続柄 )		
手帳などの状況(あてはまるものに○)		家族の状況(本人以外)			
	身体障害者手帳( 級)	氏 名	続柄	年齢	同・別居
	療育手帳(等級 )				同・別
	精神障害者保健福祉手帳( 級)				同・別
	自立支援医療(精神通院)				同・別
	障害年金( 級)				同・別
	指定難病受給者証				同・別
	生活保護	備考：			
	その他：				
医 療 の 状 況					
診断名		過去の受診歴・現在の健康状態			
医療機関					
主治医					
通院頻度					
服薬状況					
生活歴(学歴・職歴含む) 現在の日中活動		利用サービス・支援の状況(相談・福祉サービス・ 補装具・訪問看護・精神科デイケア等)			

セルフプランは本人控えとサービス提供事業所への提出用に必ず写しを取って下さい。

□希望する生活と目標・サービス

希望する生活・目標					
サービスの種類(希望するものに○) 日数・時間数				サービス利用により望む生活 達成時期・利用頻度・事業者・施設 事業者や施設に配慮してほしいこと	
在宅		身体介護	月	時間	
		家事援助	月	時間	
		訪問入浴サービス	月	日	
		通院等介助	月	時間	
		通院等乗降介助	月	回	
		重度訪問介護	月	時間	
		行動援護	月	時間	
		同行援護	月	時間	
		移動支援	月	時間	
		短期入所	月	日	
		日中一時支援	月	日	
		地域定着支援	月	日	
	自立生活援助	月	日		
日中活動		生活介護	月	日	
		自立訓練	月	日	
		就労移行支援	月	日	
		就労継続支援A型	月	日	
		就労継続支援B型	月	日	
		就労定着支援	月	日	
		地域活動支援センター	月	日	
		児童発達支援	月	日	
		医療型児童発達支援	月	日	
		放課後等デイサービス	月	日	
	保育所等訪問支援	月	日		
居住		療養介護	月	日	
		施設入所支援	月	日	
		共同生活援助(グループホーム)	月	日	
		宿泊型自立訓練	月	日	
		地域移行支援	月	日	

計画案作成日 令和 年 月 日