

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	障害支援区分	なし 1・2・3 4・5・6	生年月日	ねん がつ 日にち	計画作成日	ねん がつ 日にち
受給者番号	作成補助者	（利用者との関係）				

いま、生活で困っていること	これからの目標や、取り組みたいこと など
	① 目標達成時期 / 6ヶ月以内・1年以内・3年以内・他（ ）
	② 目標達成時期 / 6ヶ月以内・1年以内・3年以内・他（ ）

希望する生活	利用したいサービス	希望する利用頻度（1ヵ月あたり）	備考
訪問系等 <input type="checkbox"/> 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 外出するための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 家族を休ませたい その他「 」	<input type="checkbox"/> 1. 居宅介護（家事援助） <input type="checkbox"/> 2. 居宅介護（身体介護） <input type="checkbox"/> 3. 居宅介護（通院等介助） <input type="checkbox"/> 4. 居宅介護（通院等乗降介助） <input type="checkbox"/> 5. 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 6. 同行援助 <input type="checkbox"/> 7. 行動援助 <input type="checkbox"/> 8. 短期入所	<input type="checkbox"/> いままでどおり <input type="checkbox"/> 新規・変更 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	久留米市受付印
日中活動系 <input type="checkbox"/> 支援を受けながら日中を施設で過ごしたい <input type="checkbox"/> 働くための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 一人暮らしの練習をしたい <input type="checkbox"/> 子ども向けの療育を受けたい <input type="checkbox"/> 授業終了後や休日に訓練を受けたい その他「 」	<input type="checkbox"/> 9. 療養介護 <input type="checkbox"/> 10. 生活介護 <input type="checkbox"/> 11. 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 12. 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 13. 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 14. 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 15. 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 16. 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 17. 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 18. 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 19. 児童発達支援【児童のみ】 <input type="checkbox"/> 20. 居宅訪問型児童発達支援【児童のみ】 <input type="checkbox"/> 21. 保育所等訪問支援【児童のみ】 <input type="checkbox"/> 22. 放課後等デイサービス【児童のみ】	<input type="checkbox"/> いままでどおり <input type="checkbox"/> 新規・変更 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	
居住系 <input type="checkbox"/> 仲間と共同生活がしたい <input type="checkbox"/> 福祉施設で暮らしたい その他「 」	<input type="checkbox"/> 22. グループホーム <input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 23. 施設入所支援	<input type="checkbox"/> いままでどおり <input type="checkbox"/> 新規・変更 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	
ちい地域相談 <input type="checkbox"/> いつでも相談できる場所がほしい その他「 」	<input type="checkbox"/> 24. 地域移行支援（新たに地域生活を始める方のみ） <input type="checkbox"/> 25. 地域定着支援（緊急時の支援が見込めない方のみ）	番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	
その他	<input type="checkbox"/> 26. 移動支援 <input type="checkbox"/> 27. 日中一時支援	番号【 】 かい回 番号【 】 かい回	

※下線部は障害児のサービスです。 ※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うことができます。

私は、障害福祉サービス等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」又は「障害児支援利用計画案」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、相談支援事業所等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、あるいは十分説明を受けています。また、当セルフプランを全ての利用事業所に共有することに同意します。

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②） <週間計画表>

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							
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							

* セルフプラン②（週間計画表）をセルフプラン①と併せて提出してください。