

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）

					けいかくさくせいび 計画作成日	ねん 年	がつ 月	にち 日		
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 くぶん 区分	なし 1・2・3 4・5・6	せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	でんわばんごう 電話番号	—	—
じゅきゅうしゃばんごう 受給者番号				さくせいほじょしゃ 作成補助者	りようしゃ (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 もくひょうたっせいじき 目標達成時期 / げついない 6ヵ月以内 ・ ねんいない 1年以内 ・ ねんいない 3年以内 ・ ほか 他 ()
	② もくひょうたっせいじき 目標達成時期 / げついない 6ヵ月以内 ・ ねんいない 1年以内 ・ ねんいない 3年以内 ・ ほか 他 ()

	きぼう 希望する生活	りよう 利用したいサービス	きぼう 希望する利用頻度（1ヵ月あたり）	びこう 備考
訪問系等	☐ 入浴、排せつ、食事等の介助を受けたい ☐ 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい ☐ 外出するための支援を受けたい ☐ 家族を休ませたい その他「 」	☐ 1. 居宅介護（家事援助） ☐ 2. 居宅介護（身体介護） ☐ 3. 居宅介護（通院等介助） ☐ 4. 居宅介護（通院等乗降介助） ☐ 5. 重度訪問介護		

☐ 6. 同行援護☐ 7. 行動援護☐ 8. 短期入所

※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。

久留米市受付印

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。