

## サービス等利用計画案(セルフプラン①)

氏名(自署)		障害支援 区分	生年月日	年 月 日	電話番号	( )
受給者番号			計画作成日	年 月 日	作成補助者	氏名 利用者との関係( )

○あなたが希望する生活や目標、現在の生活で困っていることを記入してください。

希望する生活・目標	困っていること・解決したいこと

○「あなたが希望する生活や困っていることの解決」を実現するために必要なサービスについて記入してください。

サービス名	利用意向	希望する利用時間数等	利用する事業所名(担当者・電話)
訪問系サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 時間 / 月 事業所名( )
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 時間 / 月 担当者( )
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助)	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 時間 / 月 電話番号( )
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助)	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 回 / 月 主な内容( )
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 同行援護・行動援護	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 時間 / 月 事業所名( )
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 単位 / 月 担当者( )
	<input type="checkbox"/> 短期入所	( 継続・新規・変更・取消 )	( ) 単位 / 月 電話番号( )
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	( 継続・新規・変更・取消 )	当該月の日数・( ) 日 / 月 主な内容( )
日中活動	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	( 継続・新規・変更・取消 )	当該月の日数・( ) 日 / 月
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	( 継続・新規・変更・取消 )	原則の日数・( ) 日 / 月 事業所名( )
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型)	( 継続・新規・変更・取消 )	原則の日数・( ) 日 / 月 担当者( )
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練)	( 継続・新規・変更・取消 )	原則の日数・( ) 日 / 月 電話番号( )
	<input type="checkbox"/> 生活介護	( 継続・新規・変更・取消 )	原則の日数・( ) 日 / 月 主な内容( )
居住系	<input type="checkbox"/> 療養介護	( 継続・新規・変更・取消 )	当該月の日数・( ) 日 / 月
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助・施設入所支援	( 継続・新規・変更・取消 )	当該月の日数・( ) 日 / 月 事業所名( )
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	( 継続・新規・変更・取消 )	当該月の日数・( ) 日 / 月 担当者( ) 電話番号( )

○他に利用しているサービス、利用回数、時間等を記入してください。

サービス名	利用時間数等	その他の事項
その他		

※この様式に準じた様式を使うこともできます。