

おおさかし 大阪市		さいいじょうよう 18歳以上用		とりのりようけいかくあん サービス等利用計画案(セルフプラン)		きせいのねんがつび 作成年月日	へいせい 平成	ねん 年	がつ 月	ひ 日	
ふりがな 利用者氏名				ふりがな 代筆者氏名				つづきから 続柄			
せいねんがつび 生年月日	たいしょう 大正	しょうわ 昭和	へいせい 平成	ねん 年	がつ 月	にち 日	しょうがい 障がい	しえんくぶん 支援区分	くぶん 区分	ねんれい 年齢	さい 歳
じゅうしょ 住所				でんわばんごう 電話番号		()		-			
				せたいこうせい 世帯構成		<input type="checkbox"/> たんしん 単身 <input type="checkbox"/> かぞくとう 家族等と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()					

(記載方法)口のある箇所は、該当する 内に「レ」でチェックしてください

(1)生活に関する希望や目標、健康や仕事に関すること、日々の生活で改善したいことなどは次のとおりです。

--

(2)上記(1)に記載したことを実現や改善するために必要と思うサービス等は次のとおりです。

<input type="checkbox"/>	(更新申請の方のみ選択可能)現在利用しているサービス内容を全て変更せず、そのまま利用したい。 (注:上記を選択された方は、以下を記載する必要はありませんので、裏面の「週間計画表」に記載してください。)
--------------------------	---

(注)各サービスを初めて利用する方は、各事項の左端又は中央の口内に、更新の方は右端の口内に「レ」でチェックしてください。

希望するサービスや生活上の問題等を解決するために必要なサービス	けいぞくりようきぼう 継続利用希望
ホームヘルプサービス等の訪問系サービス	
<input type="checkbox"/> 身体的な介護 ・身体的な身の回りの介護、入浴や食事の際の介護 【居宅介護・重度訪問介護】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 家事等における援助 ・調理や洗濯、掃除などの介助 【居宅介護・重度訪問介護】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 通院時等における介助 ・病院等への通院を行う際の介助 【居宅介護・重度訪問介護】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 外出の際の介助 ・外出時の移動等にかかる支援 【同行援護・行動援護・移動支援】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他 ※右に具体的に内容を記載してください ()	<input type="checkbox"/>
施設等への通所又は就労に向けた支援などの日中活動系サービス	
施設等へ通所利用をしたい。	
<input type="checkbox"/> 施設等へ通所して創作的活動や生産活動を行いたい。 【生活介護】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 自立した生活に向けて、リハビリ又は家事等の生活上の訓練等を受けたい。 【自立訓練】	<input type="checkbox"/>
就労に向けた施設利用をしたい。	
<input type="checkbox"/> 企業等へ就職するための実習等を受けたい。 【就労移行支援】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 就労に関する事業所へ通所したい。 → <input type="checkbox"/> 雇用契約を結んで利用したい。 【就労継続支援(A・B)】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他 ※右に具体的に内容を記載してください ()	<input type="checkbox"/>
グループホーム等での生活における支援	
<input type="checkbox"/> グループホームで暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 今後利用したい。(体験利用等をしたい) 【共同生活援助】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 施設等に入所したい。 【施設入所支援・療養介護】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他 ※右に具体的に内容を記載してください ()	<input type="checkbox"/>
一時的に短期入所(ショートステイ)を利用したい。	
<input type="checkbox"/> 1日以上(数日間)の利用をすることがあるので、その際には利用したい。 【短期入所(ショートステイ)】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 日中(昼間)の間、利用したい。 【日中一時支援】	<input type="checkbox"/>
地域で生活をする上で相談等を行いたい。	
<input type="checkbox"/> 施設や病院等を退所して、地域生活を行うにあたっての相談等をしたい。 【地域移行支援】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 単身生活のため、緊急時等に相談できるようにしてほしい。 【地域定着支援】	<input type="checkbox"/>

希望するサービスにおいて必要と思うサービス量等について裏面の「週間計画表」に記載してください。