

サービス等利用計画案（セルフプラン）

18歳以上用

作成日： 年 月 日

利用者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	障害種別・支援区分	区分
代表者氏名	世帯構成	☐ 単身 ☐ 家族等と同居 ☐ その他 ()		

【居宅介護系】 ☐ 身のまわりのことをてつだってほしい (身体介護) ☐ 一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にしたい (身体介護) ☐ 家事をてつだってほしい (家事援助) ☐ 病院等につきそってもらいたい (通院等介助) ☐ 家事や身のまわりのこと、外出をてつだってほしい (重度訪問介護) ☐ 外出につきそってもらいたい (移動支援) ☐ 視覚障害のため外出につきそい代読や代筆をしてもらいたい (同行援護) ☐ 現在利用している福祉サービスを引き続き使いたい。 ☐ その他 ()	【日中活動系】 ☐ 支援を受けながら活動したい (生活介護) ☐ 就労を目指して仕事の練習をしたい (就労移行支援) ☐ 支援を受けながら就労したい (就労継続支援A型) ☐ 簡単な作業などの活動がしたい (就労継続支援B型) ☐ 自立に向けた練習をしていきたい (自立訓練) ☐ 現在利用している福祉サービスを引き続き使いたい。 ☐ その他 ()	【居住系・その他】 ☐ 家族と離れて暮らす体験をしたい (共同生活援助) ☐ サポートのある住まいで暮らしたい (共同生活援助) ☐ グループホームで暮らしたい (共同生活援助) ☐ 自立した生活を目指して練習したい (宿泊型自立訓練) ☐ 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい (短期入所) ☐ 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい (日中一時支援) ☐ 現在利用している福祉サービスを引き続き使いたい。 ☐ その他 ()
---	--	--

利用するサービス					
サービス名	利用する時間	利用する曜日	サービス名	利用する時間	利用する曜日
居宅介護系	☐ 身体介護	時間/月	日中活動系	☐ 生活介護	日/月
	☐ 家事援助	時間/月		☐ 就労移行支援	日/月
	☐ 通院等介助	時間/月		☐ 就労継続支援 (A型)	日/月
	☐ 通院等乗降介助	回/月		☐ 就労継続支援 (B型)	日/月
	☐ 重度訪問介護	時間/月		☐ 自立訓練 (機能訓練)	日/月
	☐ 移動支援 (内移動支援)	時間/月		☐ 自立訓練 (生活訓練)	日/月
	☐ 行動援護	時間/月	居住系	☐ 宿泊型自立訓練	
	☐ 同行援護	時間/月		☐ 共同生活援助	
	☐ 移動支援	時間/月		☐ 施設入所支援	
	☐ 短期入所	日/月	【その他のサポート・留意事項】		
その他	☐ 日中一時支援	日/月			
	☐ 訪問入浴/施設入浴	日/月			

資料編 9

＜セルフプラン＞

【週 間 計 画 表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
9:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								車以外 のカーブス
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス等利用計画案（セルフプラン）

18歳未満用

作成日： 年 月 日

利用者の氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
利用者の住所		市内	区	丁目	番
利用者の性別		男	女		
利用者の家族構成	☐ 単身 ☐ 家族等と同居 ☐ その他 ()		電話番号		

【障害児通所支援】 ☐ 機能訓練を受けたい (児童発達支援・医療型児童発達支援) ☐ 治療を受けたい (医療型児童発達支援) ☐ 集団生活に馴染みたい (放課後等デイサービス) ☐ 社会と交流したい (放課後等デイサービス) ☐ 保育所等でアドバイスをを受けたい (保育所等訪問支援) ☐ 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい ☐ その他 ()	【居宅介護系】 ☐ 身のまわりのことをてつだってほしい (身体介護) ☐ 一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にしたい (身体介護) ☐ ヘルパーに家事をてつだってほしい (家事援助) ☐ 病院等につきそってもらいたい (通院等介助) ☐ 外出につきそってもらいたい (移動支援) ☐ 視覚障害のため外出につきそい代読や代筆をしてもらいたい (同行援護) ☐ 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい ☐ その他 ()	【居住系、その他】 ☐ 現在利用している福祉サービスを引き続き使いたい。 ☐ その他 ()
--	---	---

サービス種別	利用する時間数	利用する曜日	サービス種別	利用する時間数	利用する曜日
☐ 児童発達支援	日/月		☐ 身体介護	時間/月	
☐ 医療型児童発達支援	日/月		☐ 家事援助	時間/月	
☐ 放課後等デイサービス	日/月		☐ 通院等介助	時間/月	
☐ 保育所等訪問支援	日/月		☐ 通院等乗降介助	回/月	
☐ 短期入所	日/月		☐ 行動援助	時間/月	
☐ 日中一時支援	日/月		☐ 同行援護	時間/月	
☐ 日中一時支援 (継続)	日/月		☐ 移動支援	時間/月	
			【その他のサポート・留意事項】		

【^{しゅう}週 ^{かん}間 ^{けい}計 ^{かく}画 ^{ひょう}表】

[illegible]