

サービス等利用計画案(セルフ)

18歳未満の利用者が障がい福祉サービスを利用する場合は、保護者氏名を記載するとともに、下段の「続柄又は事業者名」欄に続柄を記載してください。

受給者証番号	1234567890	障がい支援区分	3
利用者氏名	大阪 一郎	作成補助者氏名	京橋 次郎
生年月日	昭和 41 年 4 月	作成にあたって、家族やサービス事業所などの支援を受けた場合は、作成補助者の氏名を記載してください。サービス事業者の場合は「続柄又は事業者名」欄に事業者名	
電話番号	(06) 〇〇〇〇 -		
住所	日々の生活に関して良くしたいと思っていること、健康や仕事などに関して感じていること、将来に向けての希望や目標と、いつまでにそれを達成したいと思っているかなどについて、できるだけ詳しく記載してください。また、下段の(2)で新たなサービスの利用		

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

就労継続支援B型を利用して作業場に通っており、楽しく仕事ができているが、最近、少し腰を痛めて、毎週病院に通院することになったのに加え、アレルギー症状が出て、こちらも2か月に1回、通院する必要があるため、新たに通院の介助を利用したい。家事については、調理や掃除などが一人では十分できないので、引き続き介助に来てほしい。来年中には調理については、自分でできるようになりたいと思っている。また、作業場では部品の研磨の仕事をしているので、2年後までには人にも教えられるぐらいの技術を身につけたい。夜間や休日など、緊急時に相談したい場合があるので、引き続き地域定着支援を利用したい。

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

(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変更せず、全てそのまま利用したい。

更新申請の方が、現在、利用しているサービスの内容や利用量などの全てについて変更せず、そのまま継続を希望する場合は、この欄の左端の口に「レ」でチェックしてください。記載の必要な箇所はここで終わりですので、下記の欄及び裏面を記載する必要はありません。

「初めて利用する」「今回から追加で利用する」「利用量を変更する」場合は「追加・変更」の欄の口内に「レ」でチェックし、「希望利用量」の欄に月あたりの時間数又は日数を記載してください。

(注2)各サービスの利用にあたっては、利用頻度や利用間隔・利用量の規定などがありますので、このサービス等利用計画案に記載いただいたとおりに支給決定できない場合があります。

追加・変更	継続利用希望	利用を希望するサービス	希望利用量
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ホームヘルプサービス あるサービスについて、利用量を変えず、そのまま利用を続けたい場合は、該当するサービスの「継続利用希望」欄の口に「レ」でチェックのうえ、確認のため、右端の「希望利用量」欄に利用量(時間数又は日数)を記載してください。	時間/月
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	居宅介護 家事の援助 調理や洗濯、掃除などの介助を受けたい。	26 時間/月
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通院時の介助 病院等への通院を行う際の介助を受けたい。	12 時間/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通院・通学・行動支援・移動支援 外出時の移動等にかかる支援を受けたい。	時間/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	重度訪問介護 身の回りの介護や家事の援助、外出時の移動など総合的な支援を受けたい。	時間/月
<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 ()	時間/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	施設等への通所又は就労 新たなサービスを利用したい場合やサービスの利用量を増減したい場合は、該当するサービスの「追加・変更」欄の口に「レ」でチェックのうえ、「希望利用量」の欄に、利用量(時間数又は日数)を記載してください。なお、新たに利用をしたい理由や増減の理由については、(1)の欄にあわせて記載してください。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自立訓練 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。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就労移行支援 企業等への就職に向けた実習等の支援を受けたい。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就労継続支援(A型) 雇用契約を結んで就労に関する事業所で支援を受けたい。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	就労継続支援(B型) 雇用契約を結ばず就労に関する事業所で支援を受けたい。	23日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就労定着支援 一般就労の継続のため、生活面の課題について助言等の支援を受けたい。	日/月
<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 ()	日/月
グループホーム等での支援などの居住系サービス			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	共同生活援助 グループホームで暮らしたい。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	施設入所支援・療養介護 施設等に入所したい。	日/月
<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 ()	日/月
その他のサービス			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	短期入所(ショートステイ) 必要な時に1泊以上(数日間)、施設に宿泊してサービスを利用したい。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自立生活援助 単身生活に不安があるため、定期的な訪問や、随時の支援を受けたい。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地域移行支援 施設や病院等を出て地域生活を行うにあたっての相談等を受けたい。	日/月
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	地域定着支援 単身生活のため、緊急時等にいつでも相談できるようにしたい。	31日/月

■上記以外で利用するサービスは次のとおりです。

重度障がい者入浴サービス(週1回)を引き続き利用したい。

上記に記載の無いサービスを新規に又は継続して利用したい、あるいは利用量(時間数又は日数)を増減したい場合は、サービスの名称や内容、利用量などを本欄に具体的に記載してください。

(注)裏面があります。

しゅう かん けい かく ひょう
週 間 計 画 表

じゅきゅうしゃしょうばんごう
受給者証番号

1234567890

りようしゃしめい
利用者氏名

大阪 一郎

曜日別にサービスを利用したい時間帯とサービスの名称を記載してください。
下段の[事務欄]と記載した欄は記載不要です。

	が	か	すい	もく	きん	ど	にち	びょう
	月	火	水	木	金	土	日・祝	備考
深夜帯	0:00							2か月に1回、〇〇病院への通院介助(2時間)を利用したい。
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							
	5:00							
早期	6:00							
	7:00		家事の援助		家事の援助		家事の援助	
日中	8:00						通院時の介助	
	9:00							
	10:00	就労継続支援 B型	就労継続支援 B型	就労継続支援 B型	就労継続支援 B型	就労継続支援 B型		
	11:00							
	12:00							
	13:00							
	14:00							
	15:00							
	16:00							
	17:00		家事の援助		家事の援助		家事の援助	
18:00								
夜間	19:00							
	20:00							
	21:00							
	22:00							
深夜帯	23:00							

[事務欄] 以下の欄は区役所が使用しますので、利用者は記入不要です。 ※1週間の計画時間数(週間計画表より)×月の合計時間の算出方法は、週合計×4.3倍

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週合計	月合計
身体介護									
家事援助									
通院・乗降									
重度訪問									
行動援護 同行援護									

[週間計画に反映させにくい項目]

項目名	1回あたりの回数	月あたりの回数	月あたりの時間数
①	時間	× 回	時間
②	時間	× 回	時間
③	時間	× 回	時間

[1カ月の訪問系サービス(計画)時間]

身体介護	時間
家事援助	時間
通院・乗降	時間
重度訪問	時間
行動援護・同行援護	時間

[訪問系サービス以外の障がい福祉サービス項目]

①	日 / 月	②	日 / 月
---	-------	---	-------

[障がい福祉サービス以外の項目]

①	時間 / 月	②	時間 / 月
---	--------	---	--------