

記 入 例

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

計画作成日 ●年 ●月 ●日

利用者氏名	泉大津 太朗	性別	男・女	生年 月日	●年 ●月 ●日	利用者 住 所	泉大津市東雲町	電話番号(●●●) ●● - ●●●●
記入者氏名	続柄または 事業所名				受給者番号		支援 区分	

困っていること または 生活に関する希望や目標、改善したいこと					達成したい時期
<p>たとえば・・・</p> <p>現在の状況では一人で掃除ができないので、手伝ってほしい</p> <p>身の回りのことが自分で出来ず自宅での生活が困難なので、施設での生活を維持したい</p> <p>自立に向けて仕事をしたいと思っているので、そのための手助けをしてほしい(訓練を受けたい)</p> <p>など</p>					<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内 <input checked="" type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 2年以内 <input type="checkbox"/> 3年以内 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 継続して行いたい <input type="checkbox"/> その他()

上記内容を達成するにあたって必要なこと		※該当する項目をチェックしてください
① 就労・活動について	<input type="checkbox"/> 一般就労がしたい <input type="checkbox"/> 一般就労に向けた訓練を受けたい <input checked="" type="checkbox"/> 作業所(福祉事業所)での就労がしたい <input type="checkbox"/> 居場所としての活動の場に通いたい <input type="checkbox"/> リハビリや生活の訓練がしたい <input checked="" type="checkbox"/> 仲間づくり、友達づくりがしたい <input type="checkbox"/> たくさんの人と話がしたい <input type="checkbox"/> 相談できる人がほしい <input type="checkbox"/> 作業所の利用を経て就職したが、仕事を長く続けられるようにサポートしてもらいたい <input type="checkbox"/> その他()	
② 介助について	<input type="checkbox"/> 食事、排せつ、入浴等の身体的な介助をしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 調理、洗濯、掃除、買物等の家事の支援をしてほしい <input type="checkbox"/> 育児支援をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()	
③ 住まい(暮らし)について	<input type="checkbox"/> 今の家で暮らし続けたい <input type="checkbox"/> バリアフリーの家に引っ越したい <input type="checkbox"/> 一人暮らししたい <input type="checkbox"/> グループホームで暮らしたい <input type="checkbox"/> 施設に入所したい <input type="checkbox"/> 生活・機能の訓練を受けることができる施設に入所したい <input type="checkbox"/> 緊急時に一時的な入所がしたい <input type="checkbox"/> 施設から退所したい <input type="checkbox"/> 病院から退院したい <input type="checkbox"/> 一人暮らしを続けていく様に相談にのってもらいたい <input type="checkbox"/> その他()	
④ 教育・保育について(保育・学齢期対象)	<input type="checkbox"/> 放課後の居場所がほしい <input type="checkbox"/> 通園・通学の身支度を手伝ってほしい <input type="checkbox"/> リハビリや生活の訓練を受けたい <input type="checkbox"/> その他()	
⑤ 外出について	<input type="checkbox"/> 一人では外出できないので支援してほしい 行き先: 病院・市役所等官公署・その他() <input type="checkbox"/> その他()	
⑥ その他		

上記①～⑤の具体的な内容または追記

記 入 例

【介護給付・訓練等給付一覧】		新たに利用又は従来どおり継続したいサービスの量を右の記入欄に記入してください。	利 用 を 希 望 す る サ ー ビ ス の 量
日 中 活 動	就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型	一般就労を希望する人に対する訓練や通所施設においての労働を希望する人に対するサービス・相談など	週 ● 日
	就労定着支援	就労移行支援等を利用して通常の事業所に新たに雇用された障がい者の就労の継続を図るための支援	月 日
	生活介護	通所施設においての、社会参加・余暇・生産等の活動及び、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、その他の必要な日常生活上の援助	週 日
	児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援	障がい児に対する日常生活での基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練などの援助	週 日
	放課後等デイサービス	就学している障がい児の生活能力向上のための訓練、放課後の居場所づくりの援助	週 日
	保育所等訪問支援	保育所等を利用する障がい児の集団生活の適応のために受ける援助	週 日
	自立訓練(生活・機能)	自立した日常生活や社会生活を営むため、身体機能や生活能力の向上のために必要な訓練	週 日
	自立生活援助	施設を利用していた障がい者がひとり暮らしを始める際に、自立した日常生活を行うための環境整備の支援	月 日
共 同	グループホーム	共同生活を行う住居で、主に夜間行われる入浴、排せつ、食事などの援助	月 日
	施設入所支援	施設に入所する障がい者に対して、夜間行われる入浴、排せつ、食事などの援助	月 日
	療養介護	主として昼間、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の介護	月 日
	宿泊型自立訓練	知的障がいまたは、精神障がいのある人が、居室その他の設備を利用しながら、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、生活訓練、日常生活の支援、相談・助言等の援助	月 日
住まい 在宅	居宅介護 家事援助	調理、洗濯及び掃除等の家事に関する援助、育児についての援助	1回 ● 時間 週 ● 日 又は 月 ▲ 時間
	身体介護	居宅における入浴、排せつ及び食事等の介護	1回 時間 週 日 又は 月 時間
	通院等乗降介助 通院等介助	公共機関や医療機関に行くための介護	1回 時間 週・月 日 又は 月 時間
	重度訪問介護	常時介護を要する障がい者につき、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、育児支援、その他生活全般にわたる介護(外出時の介護を含む)	月 時間 (内移動加算 時間)
	同行援護	視覚障がいのため、移動に著しい困難がある者に対する、移動に必要な情報の提供や外出の際の移動中の介護	月 時間
	短期入所(ショートステイ)	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、短期間の入所を必要とする障がい者等に対して、施設で行う入浴、排せつ、食事などの援助	月 日
	重度障がい者等包括支援	常に介護が必要な人(区分6)に対する居宅介護その他の包括的な介護等	
	行動援護	知的障がい又は精神障がいのために行動上著しい困難がある者に対する、移動に必要な情報の提供や外出の際の移動中の援助	月 時間
	※ 移動支援事業、日中一時支援事業、コミュニケーション支援事業など、上記以外のサービスについては、別途申請が必要です。 利用のご希望がある方は、障がい福祉課までお問い合わせください。		
	上記サービスを利用するにあたっての特記事項		