

# サービス等利用計画(セルフプラン①)

【計画作成日】令和 年 月 日

利用者氏名	性別	男・女	作成補助者 ※家族等、利用者以外の方が作成する のみご記入ください。	氏名	
疾患名				続柄	
障がい支援区分	なし / 区分 1 2 3 4 5 6			電話番号	
障がい種別	身体 知的 精神 難病 発達 その他( )				
利用するサービス (または、利用中のサービス)	*現在利用しているサービスがある場合は、サービスの量や利用時間、利用している事業所などを記入してください。				
希望する生活、目標など					

## 【今回申請する障害福祉サービスについて】

日中活動	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練	目標	<input type="checkbox"/> 通所できるようになりたい <input type="checkbox"/> できる仕事を増やして一般就労したい <input type="checkbox"/> できることを生かして収入を得たい <input type="checkbox"/> 働くためのスキルを身に付けたい <input type="checkbox"/> 就労したら長く働きたい <input type="checkbox"/> その他( )	サービス量	
サービス提供事業者 に配慮してほしいこと					
市町村職員記載欄	受理日	令和 年 月 日			
相談支援事業所名					

利用者氏名	石川 きら子	性別	男・女	作成補助者 ※家族等、利用者以外の方が作成する場合はのみご記入ください。	氏名	石川 元気	
疾患名	自閉症	障がい支援区分	なし / 区分 1 2 3 4 5 6	続柄	兄	電話番号	0247-00-□□□□
障がい種別	身体 知的 精神 難病 発達 その他( )	利用するサービス (または、利用中のサービス)	*現在利用しているサービスがある場合は、サービスの量や利用時間、利用している事業所などを記入してください。 就労継続支援B型事業所いしかわ				
希望する生活、目標など	就労継続支援B型事業所へ行ってできることを増やし、就職したい						

【今回申請する障害福祉サービスについて】

日中活動	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 生活訓練	目標	<input type="checkbox"/> 通所できるようになりたい <input type="checkbox"/> できる仕事を増やして一般就労したい <input type="checkbox"/> できることを生かして収入を得たい <input checked="" type="checkbox"/> 働くためのスキルを身に付けたい <input type="checkbox"/> 就労したら長く働きたい <input type="checkbox"/> その他( )	サービス量	5 / 週 (月～金曜日)
サービス提供事業者に配慮してほしいこと	大きい声が苦手 活動の予定があると分かりやすい				

市町村職員記載欄	受理日	令和 年 月 日
相談支援事業所名		

## サービス等利用計画(セルフプラン②)

週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外の予定
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプランについては、自らサービス調整を図ることや、指定特定相談支援事業者からモニタリングが実施されないなどの説明等を受け、制度の内容を理解しています。

# 記載例

## サービス等利用計画(セルフプラン②)

しゅうかんけいかくひょう  
週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	も 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 週単位以外の予定
4:00								
5:00								
6:00								つき かい ふくしま ・月に1回、福島キビタ びょういんじゆしん ン病院へ受診 ふくやく にち かい ・服薬-1日3回 あさ ゆう ね まえ (朝、夕、寝る前)
7:00	きしよつ ちよつしよく 起床・朝食	→					きしよつ ちよつしよく 起床・朝食	
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00		しゅうろうけいぞくしえん がたじぎようしよ 就労継続支援B型事業所						
13:00						ちゆしよく 昼食	ちゆしよく 昼食	
14:00								
15:00							かいしゆつ 外出	
16:00							か もの (買い物など)	
17:00								
18:00	ゆうしよく 夕食	→					ゆうしよく 夕食	
19:00								
20:00	にゆうよく 入浴	→					にゆうよく 入浴	
21:00								
22:00	しゆうしん 就寝	→					しゆうしん 就寝	
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプランについては、自らサービス調整を図ることや、指定特定相談支援事業者からモニタリングが実施されないなどの説明等を受け、制度の内容を理解しています。

# さんの基本情報

記載日：令和 年 月 日

利用者氏名		年齢	歳
生年月日	S・H・R 年 月 日		
住所	〒		
電話番号		FAX	
家族構成	<p>1人暮らし・同居家族有り・別居家族有り</p> <p>【同居している家族を教えてください】</p> <p>配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・その他( )</p> <p>【別に暮らしている家族を教えてください】</p> <p>配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・その他( )</p>		
緊急連絡先	<p>【自宅・携帯】( - - )</p> <p>氏名: / 続柄:</p>		
学歴	<p>【学歴】</p> <p>卒業</p>		
職歴	<p>【就労経歴】</p> <p>( 無 ・ 有 )</p> <p>【主に働いたことがあるところ】</p> <p>( )</p>		
手帳取得	<p>(手帳保持)</p> <p>無 ・ 有</p> <p>有の方: 精神保健福祉手帳( )</p> <p>療育手帳 ( )</p> <p>身体障害者手帳 ( )</p>		
年金等の収入	<p>障害者年金 (1級 ・ 2級 ・ 3級)</p> <p>その他の収入 (なし ・ あり)</p> <p>具体的に ( )</p>		
医療機関	<p>【かかりつけ病院】 ( )</p> <p>担当医 ( )</p> <p>通院頻度 (週1回 ・ 2週間に1回 ・ 1か月に1回 ・ その他 ( ) )</p> <p>服薬状況 ( )</p>		

記載例

石川きら子さんの基本情報

記載日：令和1年2月3日

利用者氏名	石川 きら子	年齢	28 歳
生年月日	S・(H)・R 9 年 8 月 7 日		
住所	〒 963-78△△ 石川郡玉川町大字平田字浅川 1		
電話番号	0247-00-■■■■□	FAX	0247-00-!!!!
家族構成	<p>1人暮らし・同居家族有り・別居家族有り                  【同居している家族を教えてください】                  配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・その他( )</p> <p>【別に暮らしている家族を教えてください】                  配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・その他( )</p>		
緊急連絡先	<p>【自宅携帯】(0247 - 00 - ■■■■□ )                  氏名：石川 元気 / 続柄：兄</p>		
学歴	<p>【学歴】                  石川県立古殿高校 卒業</p>		
職歴	<p>【就労経験】                  ( 無 ・ 有 )</p> <p>【主に働いたことがあるところ】                  ( )</p>		
手帳取得	<p>(手帳保持)                  無 ・ 有</p> <p>有の方：精神保健福祉手帳( 2級 )                  療育手帳 ( )                  身体障害者手帳 ( )</p>		
年金等の収入	<p>障害者年金 ( 1級 ・ 2級 ・ 3級 )                  その他の収入 ( なし ・ あり )                  具体的に ( )</p>		
医療機関	<p>【かかりつけ病院】 ( )                  担当医 ( )                  通院頻度 ( 週1回 ・ 2週間に1回 ・ 1か月に1回 ・ その他 ( ) )                  服薬状況 ( )</p>		