

【提出用（コピー）】
 ※セルフプランの原本は本人が保管します。

サービスの利用に向けたセルフプラン（者・児）【おもて面】

私は、障がい福祉サービスを利用するにあたり、サービスの支給決定において必要とされる「サービス等利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思において、「セルフプラン」による提出を希望します。

セルフプランの提出に関しては、十分な説明等を受けて、自身でサービスの調整を図ることや、相談支援事業所の相談員からのモニタリングが実施されないなど、制度の内容を理解しています。

利用者氏名 (障がい児氏名)	年齢	歳	生年月日	受給者証 番号	障がい 支援区分	なし・1・2・3 4・5・6	セルフプラン 作成日	年 月 日
住所	〒	-	連絡先 ()	作成者氏名 (保護者名等)	つづきから 続柄	協力者 氏名	協力者 事業所名等	

※セルフプラン作成にあたり、協力者がいる場合は記載ください。

① 生活で困っていること

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

② 困っていることに必要な支援

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

③ 支援を受けて実現したい生活・目標

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

④ 実現したい生活・目標を達成したい時期

1か月後 3年後

6か月後 その他

1年後 ()

2年後

⑤ サービス提供事業所に配慮して欲しいこと

- _____
- _____
- _____
- _____

⑥ 利用したい障がい福祉サービス

- 申請を希望するサービスに☑し、申請支給量を記載してください。
- 申請支給量は週単位で記載してください。※受給者証には月単位（週単位支給量×5週）の支給量が印字されます。
例：3時間/週⇒15時間/月 5日/週⇒当該月-8日/月

- 宿泊型自立訓練、共同生活援助（グループホーム）、施設入所支援を申請する場合、申請支給量の記載は不要です。

種類	サービス名	申請支給量	サービス名	申請支給量
日 中 活 動 系	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	日/週	<input type="checkbox"/> 生活介護	日/週
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	日/週	<input type="checkbox"/> 療養介護	日/週
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	日/週	<input type="checkbox"/> 地域生活支援デイサービス	日/週
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	日/週 日/週 日/週 日/週	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業Ⅲ型 <input type="checkbox"/> デイ型地域活動支援センター	日/週 日/週 日/週
訪 問 系 ・ そ の 他	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護）	時間/週	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/週
	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助）	時間/週	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/週
	<input type="checkbox"/> 居宅介護（通院等介助）	時間/週	<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/週
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/週	<input type="checkbox"/> 移動入浴	日/週
	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	時間/週	<input type="checkbox"/> 日中短期入所	日/週
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 就労定着支援	時間/週 日/週 日/週	<input type="checkbox"/> ケアスタッフ（身体介護） <input type="checkbox"/> ケアスタッフ（家事援助）	時間/週 時間/週
居住系	<input type="checkbox"/> 【体験】共同生活援助（グループホーム）【施設名 】	30日/月		
	<input type="checkbox"/> 【本入居】共同生活援助（グループホーム）【施設名 】	当該月の日数		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援【施設名 】	当該月の日数		
地域相談	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	日/週	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	日/週
障がい児 サービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/週	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/週
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	日/週	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/週
	<input type="checkbox"/> 訪問型児童発達支援	日/週		

【うら面】

サービスの利用に向けたプラン【週間計画表】

	(例)	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	週単位以外のサービス（移動支援や向 行援護など不定期利用のサービス）
4:00									① サービス名: 内容: 利用頻度: サービス提供事業所:
6:00									
8:00	起床・朝食 等								
10:00									② サービス名: 内容: 利用頻度: サービス提供事業所:
12:00									
14:00	生活介護 とよたスマイル								
16:00									③ サービス名: 内容: 利用頻度: サービス提供事業所:
18:00	訪問看護								
20:00	夕食 テレビ 入浴 就寝								
22:00									
0:00									
2:00									
4:00									

※週間予定表は1週間に利用する障がい福祉サービスを含めた本人の予定を記載してください（介護保険サービスや訪問看護等含む）。

※サービスの種類や支給量は、このセルフプランのほか、障がい支援区分や調査員の聞き取りの内容を踏まえて決定されます。