

記入例

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン) 作成者 稲城 太郎 (本人との関係 本人)

利用者(児童)氏名	稲城 太郎 (印)	生年月日	1年1月1日生	連絡先電話番号	042(378)2111
受給者証番号	2068601	障害支援区分	なし・1・2・3・4・5・6	計画作成日	1年4月1日

利用者とその家族の生活に対する意向(かなえたい生活)	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事をしたい ・料理や片づけができるようになりたい ・友達がほしい 	<p>本人や家族が、生活に希望することをすべてご記入ください。</p>
困っていること	<ul style="list-style-type: none"> ・寝坊して約束に遅れる ・部屋が汚い ・栄養に気をつけるよう医者からいわれているができない 	<p>困っていることがあれば、ご記入ください。困っていることがなければ、書かなくても結構です。</p>

利用したいサービスとそれを利用してかなえたい生活	利用したいサービス	利用するサービス量	サービスを利用してかなえたい生活	かなうまでの期間	
	家で	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> その他() (内容)	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="radio"/> 家事援助月 5 時間 <input type="radio"/> 月 時間 <input type="radio"/> 月 時間 <input type="radio"/> 月 時間	<ul style="list-style-type: none"> ・ご飯とみそ汁が作れる ・部屋がきれいになる ・さがし物がすぐ見つかる
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護	月 31 日	<p>サービスを受けて、どうなりたいかをご記入ください。</p>	<p>いつごろ左のようになるかを√してください。ずっと続けたい場合は継続に☑つけてください。</p>
通う所	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> その他() (内容)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<input checked="" type="radio"/> 週・月 5 日	<ul style="list-style-type: none"> ・決まった時間に起きる ・休まずに通う ・仕事が見つかる ・メンバーと友達になる 	
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()		月 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
児童	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他() (内容)	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	週・月 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続

サービス提供事業者に配慮して欲しいこと	初めての人と話すのが苦手です。ゆっくりわかりやすく説明してください。	<p>通所先や訪問サービス事業所等に伝えたいことがあればご記入ください。特になければ書かなくても結構です。</p>
---------------------	------------------------------------	--

障害福祉課記入欄	支給量	日/月	日/月	単位	合計	単位	利用単位@	×	時間=	単位
確認者	居宅介護の場合	上限区分	/	単位		単位	利用単位@	×	時間=	単位
							利用単位@	×	時間=	単位