

サービス等利用計画案(セルフプラン)

さいいじょうよう
18歳以上用

さくせいび
作成日

ねん
年

がつ
月

にち
日

ふりがな			せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	さい 歳	しょうがいしえんくぶん 障害支援区分	くぶん 区分
りようしゃしめい 利用者氏名									
ふりがな		ぞくがら 続柄	せたいこうせい 世帯構成	<input type="checkbox"/> たんしん 単身 <input type="checkbox"/> かぞくとう どうきよ 家族等と同居		でんわばんごう 電話番号			
さくせいしゃ 作成者				<input type="checkbox"/> その他 ()					

こうありたいと思お暮らし	くらしのかだい 暮らしの課題
--------------	-------------------

こうありたいと思お暮らしに必要なこと 【居宅介護系】 <input type="checkbox"/> 身のまわりのことを手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にしたい <input type="checkbox"/> 家事を手伝ってほしい <input type="checkbox"/> 病院等につきそってもらいたい <input type="checkbox"/> 家事や身の回りのこと、外出をてつだってほしい <input type="checkbox"/> 外出につきそってもらいたい <input type="checkbox"/> 視覚障害のため外出につきそいだい読や代筆をしてもらいたい <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい <input type="checkbox"/> その他 ()	【日中活動系】 <input type="checkbox"/> 支援を受けながら活動したい <input type="checkbox"/> 就労を目指して仕事の練習をしたい <input type="checkbox"/> 支援を受けながら就労したい <input type="checkbox"/> 簡単な作業などの活動がしたい <input type="checkbox"/> 自立に向けた練習をしたい <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい <input type="checkbox"/> その他 ()	【居住系、その他】 <input type="checkbox"/> 家族と離れて暮らす体験をしたい <input type="checkbox"/> サポートのある住まいで暮らしたい <input type="checkbox"/> グループホームで暮らしたい <input type="checkbox"/> 自立した生活を目指して練習したい <input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい <input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き利用したい <input type="checkbox"/> その他 ()
--	---	--

利用する福祉サービス等			その他のサポート・留意事項		
サービス種類	希望する時間数	いつまで	サービス種類	希望する時間数	いつまで
居宅介護系 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	時間/月 時間/月 時間/月 回/月 時間/月		居宅介護系 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> いどうしえん 移動支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	時間/月 時間/月 時間/月 時間/月 回/月	
日中活動系 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	日/月 日/月 日/月		日中活動系 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援C型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能・生活)	日/月 日/月 日/月 日/月	
居住系 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援			その他 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日中一時支援	日/月 日/月	

セルフプランを利用する理由(1つだけ選択してください。)

 利用する福祉サービス等は自分で決めたいため
 計画相談支援を利用しなくても相談できる人がいるため
 身近な地域に指定特定相談支援事業者がないため
 その他()

セルフプラン提出にあたっての同意事項 確認

私は、セルフプランの場合、指定特定相談支援事業者に依頼した場合に行われるサービス事業者との調整や定期的な計画の見直し(モニタリング)が実施されないことなどについて説明を受け理解しています。