

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

作成者

(署名または押印)

利用者氏名(児童氏名) りょうしゃ しめい じどう しめい 福智 太郎	せいねんがつび 生年月日 令和 1年 1月 1日	れんらくさき でんわ ばんごう 連絡先電話番号 (***) ○△□-★▼■×
じゆきゆうしやしょうばんごう 受給者証番号 *****	しょうがいしえん くぶん 障害支援区分 なし・区分1・2・3・4・5・6	けいかくさくせいび 計画作成日 令和3年4月1日

りょうしゃ およ かぞく せいかつ たい 利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	身体・病気のこと / 生活のこと / 仕事・通所のこと / 人(家族・友人など)との関わりのこと / その他 ・集団生活ができるようになってほしい ・運動ができるようになってほしい。 本人や家族が生活に希望することをすべて記入してください。
--	--

こま 困っていること	身体・病気のこと / 生活のこと / 仕事・通所のこと / 人(家族・友人など)との関わりのこと / その他 ・集団になじめず孤立している ・身体障がいにより、長距離歩行が難しい。 困っていることがあれば、記入してください。特に困っていることがなければ、書かなくても結構です。
---------------	--

利用したいサービス	希望するサービス量	サービスの利用により望まれる生活	達成時期
在宅 <input 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( ) <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 移動介護 <input type="checkbox"/> 行動援護	・家事援助 つき 月 じかん 時間 ・つき 月 じかん 時間 ・つき 月 じかん 時間		<input type="checkbox"/> かげつご け月後 <input type="checkbox"/> ねんご 年後 <input type="checkbox"/> けいぞく 継続
居住 <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			<input type="checkbox"/> かげつご け月後 <input type="checkbox"/> ねんご 年後 <input type="checkbox"/> けいぞく 継続
日中活動 <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( ) <input 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)	しゅう 週 ・ つき 月 日		<input type="checkbox"/> かげつご け月後 <input type="checkbox"/> ねんご 年後 <input type="checkbox"/> けいぞく 継続
その他 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他( ) 必要なサービスの時間を記入してください。分からなければ、記入しなくてもかまいません	つき 月 日	サービスを受けることで、どうなりたいかを記入してください。	<input type="checkbox"/> かげつご け月後 <input type="checkbox"/> ねんご 年後 <input type="checkbox"/> けいぞく 継続
児童 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	とう 週 ・ つき 月 日 5日	・ 集団生活を通じ社会性やコミュニケーションを学ぶ。 ・ 筋力機能低下を防ぐ	<input type="checkbox"/> かげつご け月後 <input type="checkbox"/> ねんご 年後 <input checked="" type="checkbox"/> けいぞく 継続

希望されるサービスにチェックをつけてください。

必要なサービスの時間を記入してください。分からなければ、記入しなくてもかまいません

サービスを受けることで、どうなりたいかを記入してください。

いつごろ、左のようになりたいかを記入ください。ずっと続けたい場合は、継続にチェックをつけてください。

サービス提供事業者に配慮してほしいこと	人前で話すことが苦手です。緊張して話せなくなることもあるかもしれないので、困ったときは助けてください。 通所先等に、伝えたいことがあれば、ご記入してください。特になければ、書かなくても結構です。
---------------------	--

