

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

記載例

フリガナ 利用者氏名	カシヲ タロウ 柏 太郎	生 年 月 日	昭和48年1月1日(44歳)		
住 所	柏市柏5-10-1				
受給者証番号	1 2 2 1 7 9 9 9 9 9	障害支援区分	なし・1・2・3・4・ <input checked="" type="checkbox"/> 5・6 有効期限:H29年12月31日		
申請区分	新規・ <input checked="" type="checkbox"/> 継続・変更	作成者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・他( )		
		作成補助者	柏 一郎 (続柄:父)		
手帳などの状況(あてはまるものに○)		家族の状況(本人以外)			
<input checked="" type="checkbox"/>	身体障害者手帳(2級)	氏 名	続柄	年齢	同・別居
	療育手帳(等級 )	柏 一郎	父	70	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別
	精神障害者保健福祉手帳( 級)	柏 二美	母	69	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別
	自立支援医療(精神通院)	柏 三郎	兄	47	同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別
<input checked="" type="checkbox"/>	障害年金(1級)				同・別
	指定難病受給者証				同・別
	生活保護	備考:兄は県外で別に生活しているが、			
	その他:	実家にも定期的に来てくれる。			
医 療 の 状 況					
診断名	脳性麻痺	過去の受診歴・現在の健康状態			
医療機関	△△総合病院	・3歳より左記の病院に受診。			
主治医	〇〇 〇〇医師	・内科疾患はなく健康。			
通院頻度	月に1回(金曜午前)				
服薬状況	特になし				
生活歴(学歴・職歴含む) 現在の日中活動		利用サービス・支援の状況(相談・福祉サービス・補装具・訪問看護・精神科デイケア等)			
・H3年, **特別支援学校卒業 ・同年より, ●●園に通所(現在に至る)		・柏市障害者相談支援室(補装具:自走式車椅子, 短下肢装具の交付あり) ・●●園(生活介護で通所) ・●●訪問介護(身体介護:入浴・排せつ介助等月30時間, 通院介助:月1回3時間, 移動支援:月25時間) ・短期入所:緊急用として月7日			

セルフプランは本人控えとサービス提供事業所への提出用に必ず写しを取って下さい。

□希望する生活と目標・サービス

希望する生活・目標		<ul style="list-style-type: none"> <li>・●●園で自分の体の状態に合わせて日中活動をする。</li> <li>・ヘルパーを利用して自宅で生活したい。</li> </ul>		
サービスの種類(希望するものに○) 日数・時間数			サービス利用により望む生活 達成時期・利用頻度・事業者・施設 事業者や施設に配慮してほしいこと	
在宅	<input type="radio"/>	身体介護	月 30時間	<p><u>利用事業所名・利用頻度を記入</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅で入浴や排せつの介助を受けたい(●●ヘルパーサービスを継続)。</li> <li>・月1回の通院は△△総合病院。</li> <li>・休日は移動支援でショッピングをしたい。</li> <li>・家族の急用等に備えて短期入所を利用したい。</li> <li>・これらのサービスを1年間継続して利用希望。</li> </ul>
		家事援助	月 時間	
		訪問入浴サービス	月 日	
	<input type="radio"/>	通院等介助	月 3時間	
		通院等乗降介助	月 回	
		重度訪問介護	月 時間	
		行動援護	月 時間	
		同行援護	月 時間	
	<input type="radio"/>	移動支援	月 24時間	
	<input type="radio"/>	短期入所	月 7日	
		日中一時支援	月 日	
		地域定着支援	月 日	
	自立生活援助	月 日		
日中活動	<input type="radio"/>	生活介護	月 20日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・●●園になるべく休まず通所し、お菓子作りをする。それを年に3回の販売会で売る。</li> <li>・脳性麻痺のため、体のバランスに不安があるので、介助のときに配慮してほしい。</li> </ul>
		自立訓練	月 日	
		就労移行支援	月 日	
		就労継続支援A型	月 日	
		就労継続支援B型	月 日	
		就労定着支援	月 日	
		地域活動支援センター	月 日	
		児童発達支援	月 日	
		医療型児童発達支援	月 日	
		放課後等デイサービス	月 日	
		保育所等訪問支援	月 日	
居住		療養介護	月 日	
		施設入所支援	月 日	
		共同生活援助(グループホーム)	月 日	
		宿泊型自立訓練	月 日	
		地域移行支援	月 日	