

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】 柏市様式 (R8.6月版)

※下記の内容をご確認いただき、同意の上、所定欄にチェックを入れ、右の欄にご署名ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 提出の際は自分用と事業所への提出用にコピーを取り保管してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請時には、利用を希望される事業所にて、サービスの利用可否をご確認の上、お手続きください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請の際は別紙「計画相談・障害児相談支援・セルフプランのご案内」をご参照のもと制度の内容を理解し、十分な説明を受けたうえでご申請ください。	申請者氏名
	柏 太郎
	申請者生年月日
昭和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
セルフプランを選択した理由 <input type="checkbox"/> 利用できる相談支援事業所が見つからない	受給者証番号(※新規の申請時は記入不要)
<input checked="" type="checkbox"/> 自分で福祉サービスのプランを考えたい <input type="checkbox"/> その他()	1 2 2 1 〇 〇 〇 〇 〇 〇

利用者の氏名と生年月日(※サービス利用者が未成年の場合のみ)	サービス開始希望日																												
年 月 日	令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日																												
セルフプラン作成者・作成補助者	作成者・作成補助者連絡先																												
<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他(母(代筆))	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書に記載済みの場合は左の欄に✓ TEL — —																												
希望する生活・目標	家族の状況(本人以外)をご記入ください																												
・ヘルパーを利用して自宅で生活を送りたい ・●●園で自分の体の状態に合わせて日中活動を行いたい	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>住まい</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>柏 一郎</td> <td>父</td> <td>70</td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td>柏 二美</td> <td>母</td> <td>68</td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td>柏 三郎</td> <td>弟</td> <td>45</td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> </tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	年齢	住まい	柏 一郎	父	70	同・別	柏 二美	母	68	同・別	柏 三郎	弟	45	同・別				同・別				同・別				同・別
氏名	続柄	年齢	住まい																										
柏 一郎	父	70	同・別																										
柏 二美	母	68	同・別																										
柏 三郎	弟	45	同・別																										
			同・別																										
			同・別																										
			同・別																										
生活歴や日中活動、前回のプラン作成時から身の回りで変わったこと																													
・平成〇〇年、**特別支援学校卒業 ・同年より、●●園に通所(現在に至る) ・弟は昨年より別居(市内で転居)、1か月に1度顔を合わせている																													

時間帯\曜日	月	火	水	木	金	土	日
0時~5時							
5時~6時							
6時~7時							
7時~8時							
8時~9時							
9時~10時							
10時~11時							
11時~12時							
12時~13時							
13時~14時							
14時~15時							
15時~16時	身体介護		身体介護		身体介護		
16時~17時	入浴・排泄		入浴・排泄		入浴・排泄		
17時~18時							
18時~19時		月・水	……	××	居宅介護		
19時~24時		金	……	……	▲▲	サービス	

事業所名をご記入ください

移動支援
※隔週
▲▲サービス

過単位以外のサービスをご記入ください
 ・通院等介助(月1回□□病院, 2か月に1回△△総合病院△△科)
 ・短期入所(緊急時)

福祉・医療等の利用状況をご記入ください

診断名: 脳性まひ	障害年金の受給(○を記入) 1級 2級・なし	生活保護の受給(○を記入) 受給中・停止中 なし
通院先: □□病院, △△総合病院△△科	困っていること、支援者に配慮してほしいこと:	
主治医: □□病院 □□先生	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。	
服薬状況※記入できない場合はお薬手帳の写しの添付でも可: お薬手帳を添付します	ゆっくり話しかけてほしい。	

障害支援区分 無 1 2 3 4 5 6 期限 令和 ○○年 ○○月 ○○日まで

該当する項目及び支援を受けたい内容に✓してください	申請する福祉サービス	申請する支給量	利用する事業所名
介護給付 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 着替え <input checked="" type="checkbox"/> 外出時の準備 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 食器洗い <input type="checkbox"/> 掃除・片付け <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 介護者不在時や夜間の見守り <input type="checkbox"/> 視覚障害に関する支援(代筆・代読など) <input checked="" type="checkbox"/> 移動にかかわる介助 <input type="checkbox"/> 移動時の見守り <input type="checkbox"/> 家族の休息のための預かり <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時における生活支援 <input checked="" type="checkbox"/> 日中活動 <input type="checkbox"/> その他()	身体介護 家事援助 通院等介助 通院等乗降介助 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 施設入所支援	月 30 時間 月 時間 月 7 時間 月 回 月 時間 月 時間 月 時間 月 23 日 月 10 日 月 日	××居宅介護, ▲▲サービス ××居宅介護 ●●園 ●●園
訓練等給付 【一般就労歴(○を記入)】 あり・なし・一般就労中・休職中 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 生活能力の訓練 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善 <input type="checkbox"/> 一人暮らしの練習 <input type="checkbox"/> 就職活動に関するサポート <input type="checkbox"/> 就労に向けた訓練 <input type="checkbox"/> 就職後のサポート <input type="checkbox"/> 就労のための能力や適性の評価及び支援 <input type="checkbox"/> 障害特性に合った場での生産活動や訓練 <input type="checkbox"/> その他()	自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労選択支援 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助(グループホーム)	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日	
障害児通所支援 <input type="checkbox"/> 療育における相談 <input type="checkbox"/> 生活能力の向上 <input type="checkbox"/> 集団生活の訓練・社会性の習得 <input type="checkbox"/> 運動能力の向上 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールの訓練 <input type="checkbox"/> 言語能力・コミュニケーション能力の発達 <input type="checkbox"/> その他()	児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援	月 日 月 日 月 日	
地域生活支援 <input checked="" type="checkbox"/> 余暇のための外出 <input type="checkbox"/> 日中の見守り <input type="checkbox"/> 社会との交流 <input type="checkbox"/> 入浴機会の提供 <input type="checkbox"/> その他()	移動支援 日中一時支援 地域活動支援センター 訪問入浴サービス	月 18 時間 月 日 月 日 月 日	▲▲サービス

※地域移行支援・地域定着支援の利用に関しましては、障害福祉課へお問い合わせください。

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】 柏市様式 (R8.6月版)
 ※下記の内容をご確認いただき、同意の上、所定欄にチェックを入れ、右の欄にご署名ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 提出の際は自分用と事業所への提出用にコピーを取り保管してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請時には、利用を希望される事業所にて、サービスの利用可否をご確認の上、お手続きください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請の際は別紙「計画相談・障害児相談支援・セルフプランのご案内」をご参照のもと制度の内容を理解し、十分な説明を受けたうえでご申請ください。	申請者氏名
	柏 太郎
	申請者生年月日
	平成〇 年 〇〇 月 〇〇 日
セルフプランを選択した理由 <input type="checkbox"/> 利用できる相談支援事業所が見つからない	受給者証番号(※新規の申請時は記入不要)
<input type="checkbox"/> 自分で福祉サービスのプランを考えたい <input checked="" type="checkbox"/> その他(早くサービスを始めたい、相談支援員は現在調整中)	1 2 2 1

利用者の氏名と生年月日(※サービス利用者が未成年の場合のみ)	サービス開始希望日
年 月 日	令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

セルフプラン作成者・作成補助者	作成者・作成補助者連絡先
本人 <input checked="" type="checkbox"/> 他(●●相談支援事業所職員) <input type="checkbox"/>	TEL — —
申請書に記載済みの場合は左の欄に✓	

希望する生活・目標	家族の状況(本人以外)をご記入ください			
・一般就労して自立したい ・お金をためて、一人暮らしがしたい	氏名	続柄	年齢	住まい
	柏 一郎	父	55	同・別
	柏 二美	母	53	同 別
生活歴や日中活動、前回のプラン作成時から身の回りで変わったこと	柏 三郎	弟	25	同 別
・平成〇〇年、**高校卒業 ・平成〇〇年、**大学卒業 ・同年、株式会社●●に入社 ・入社3年後、統合失調症発症、株式会社●●を退社 ・その後派遣アルバイトを経て現在に至る				同・別
				同・別

週間ケア計画 【利用のサービス及び生活状況(通勤、通園や通学等)に関して、時間帯を枠で囲み、枠内に内容をご記入ください】

時間帯\曜日	月	火	水	木	金	土	日
0時~5時							
5時~6時							
6時~7時							
7時~8時							
8時~9時							
9時~10時							
10時~11時							
11時~12時							
12時~13時							
13時~14時							
14時~15時							
15時~16時							
16時~17時							
17時~18時							
18時~19時							
19時~24時							

事業所名をご記入ください

就労移行支援
 ××事業所

週単位以外のサービスをご記入ください
 特になし、グループホームの見学を進めているので今後申請予定

福祉・医療等の利用状況をご記入ください

診断名:	統合失調症	障害年金の受給(○を記入)	1級 2級 なし	生活保護の受給(○を記入)	受給中 ・停止中・なし
通院先:	△△クリニック	困っていること、支援者に配慮してほしいこと:			
主治医:	△△クリニック △△先生	音に敏感なので、静かな場所でトレーニングを受けたい。			
服薬状況※記入できない場合はお薬手帳の写しの添付でも可: ジプレキサ (1日2回 朝・夕)					

障害支援区分	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	期限	令和	年	が	月	に	日まで
該当する項目及び支援を受けたい内容に✓してください	申請する福祉サービス	申請する支給量	利用する事業所名					
介護給付 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 外出時の準備 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 食器洗い <input type="checkbox"/> 掃除・片付け <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 介護者不在時や夜間の見守り <input type="checkbox"/> 視覚障害に関する支援(代筆・代読など) <input type="checkbox"/> 移動にかかわる介助 <input type="checkbox"/> 移動時の見守り <input type="checkbox"/> 家族の休息のための預かり <input type="checkbox"/> 緊急時における生活支援 <input type="checkbox"/> 日中活動 <input type="checkbox"/> その他()	身体介護 家事援助 通院等介助 通院等乗降介助 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 施設入所支援	月 時間 月 時間 月 時間 月 回 月 時間 月 時間 月 時間 月 日 月 日 月 日 月 日						
訓練等給付 【一般就労歴(○を記入)】 <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし・一般就労中・休職中 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 生活能力の訓練 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善 <input type="checkbox"/> 一人暮らしの練習 <input checked="" type="checkbox"/> 就職活動に関するサポート <input type="checkbox"/> 就労に向けた訓練 <input type="checkbox"/> 就職後のサポート <input type="checkbox"/> 就労のための能力や適性の評価及び支援 <input type="checkbox"/> 障害特性に合った場での生産活動や訓練 <input checked="" type="checkbox"/> その他(今後グループホームに入居したい)	自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労選択支援 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助(グループホーム)	月 日 月 日 月 日 月 20 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日	××事業所					
障害児通所支援 <input type="checkbox"/> 療育における相談 <input type="checkbox"/> 生活能力の向上 <input type="checkbox"/> 集団生活の訓練・社会性の習得 <input type="checkbox"/> 運動能力の向上 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールの訓練 <input type="checkbox"/> 言語能力・コミュニケーション能力の発達 <input type="checkbox"/> その他()	児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援	月 日 月 日 月 日						
地域生活支援 <input type="checkbox"/> 余暇のための外出 <input type="checkbox"/> 日中の見守り <input type="checkbox"/> 社会との交流 <input type="checkbox"/> 入浴機会の提供 <input type="checkbox"/> その他()	移動支援 日中一時支援 地域活動支援センター 訪問入浴サービス	月 時間 月 日 月 日 月 日						
※地域移行支援・地域定着支援の利用に関しましては、障害福祉課へお問い合わせください。								

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】 柏市様式 (R8.6月版)

※下記の内容をご確認いただき、同意の上、所定欄にチェックを入れ、右の欄にご署名ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 提出の際は自分用と事業所への提出用にコピーを取り保管してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請時には、利用を希望される事業所を必ずご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請の際は別紙「サービス利用者が児童の場合は保護者が申請者となります」の照のもと制度の内容を必ずご確認ください。	申請者氏名
	柏 太郎
	申請者生年月日
	平成〇 年 〇〇 月 〇〇 日
セルフプランを選択した理由 <input checked="" type="checkbox"/> 利用できる相談支援事業所が見つからない	受給者証番号(※新規の申請時は記入不要)
<input type="checkbox"/> 自分で福祉サービスのプランを考えたい <input type="checkbox"/> その他()	1 2 2 1 〇 〇 〇 〇 〇 〇

利用者の氏名と生年月日(※サービス利用者が未成年の場合のみ)	サービス開始希望日												
柏 花子 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日												
セルフプラン作成者・作成補助者	作成者・作成補助者連絡先												
本人・他(母) <input type="checkbox"/> 申請書に記載済みの場合は左の欄に✓	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇												
希望する生活・目標	家族の状況(本人以外)をご記入ください												
<ul style="list-style-type: none"> 療育を受けて他の子と仲よく遊べるようになってほしい。 気持ちの切り替えを学んでほしい。 年中になったら●●幼稚園に通いたい。 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>住まい</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>柏 一郎</td> <td>父</td> <td>35</td> <td>同 別</td> </tr> <tr> <td>柏 二美</td> <td>母</td> <td>36</td> <td>同 別</td> </tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	年齢	住まい	柏 一郎	父	35	同 別	柏 二美	母	36	同 別
氏名	続柄	年齢	住まい										
柏 一郎	父	35	同 別										
柏 二美	母	36	同 別										
生活歴や日中活動、前回のプラン作成時から身の回りで変わったこと													
<ul style="list-style-type: none"> 1歳6か月検診で発達の遅れを指摘され母子集団指導に参加。 2歳よりこども発達センターの外来に通所。 4歳からキッズルームに通所。 昨年4月より父が〇〇県〇〇市へ単身赴任中。 													

時間帯\曜日	月	火	水	木	金	土	日
0時~5時							
5時~6時							
6時~7時							
7時~8時							
8時~9時							
9時~10時							
10時~11時	児童発達支援 ××園	●●幼稚園					
11時~12時							
12時~13時							
13時~14時							
14時~15時							
15時~16時							
16時~17時							
17時~18時							
18時~19時							
19時~24時							

週単位以外のサービスをご記入ください

- ・保育所等訪問支援(隔週)

福祉・医療等の利用状況をご記入ください

診断名:	知的障害・自閉症	障害年金の受給(○を記入)	生活保護の受給(○を記入)
		1級・2級 なし	受給中・停止中 なし
通院先:	△△こどもクリニック	困っていること、支援者に配慮してほしいこと:	
主治医:	△△こどもクリニック △△先生	子供の特性に合わせて幼稚園での支援をして、家庭でのかかわり方をアドバイスしてほしい。	
服薬状況※記入できない場合はお薬手帳の写しの添付でも可:	特になし		

障害支援区分 無 1 2 3 4 5 6 期限 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで

該当する項目及び支援を受けたい内容に✓してください	申請する福祉サービス	申請する支給量	利用する事業所名
介護給付 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 身だしなみ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 外出時の準備 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 食器洗い <input type="checkbox"/> 掃除・片付け <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 介護者不在時や夜間の見守り <input type="checkbox"/> 視覚障害に関する支援(代筆・代読など) <input type="checkbox"/> 移動にかかわる介助 <input type="checkbox"/> 移動時の見守り <input type="checkbox"/> 家族の休息のための預かり <input type="checkbox"/> 緊急時における生活支援 <input type="checkbox"/> 日中活動 <input type="checkbox"/> その他()	身体介護 家事援助 通院等介助 通院等乗降介助 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 施設入所支援	月 時間 月 時間 月 時間 月 回 月 時間 月 時間 月 時間 月 日 月 日 月 日 月 日	
訓練等給付 【一般就労歴(○を記入)】 あり・なし・一般就労中・休職中 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 生活能力の訓練 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善 <input type="checkbox"/> 一人暮らしの練習 <input type="checkbox"/> 就職活動に関するサポート <input type="checkbox"/> 就労に向けた訓練 <input type="checkbox"/> 就職後のサポート <input type="checkbox"/> 就労のための能力や適性の評価及び支援 <input type="checkbox"/> 障害特性に合った場での生産活動や訓練 <input type="checkbox"/> その他()	自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労選択支援 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助(グループホーム)	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日	
障害児通所支援 <input checked="" type="checkbox"/> 療育における相談 <input type="checkbox"/> 生活能力の向上 <input checked="" type="checkbox"/> 集団生活の訓練・社会性の習得 <input type="checkbox"/> 運動能力の向上 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールの訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語能力・コミュニケーション能力の発達 <input type="checkbox"/> その他()	児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援	月 20 日 月 日 月 2 日	児童発達支援●●, ××園 ××園
地域生活支援 <input checked="" type="checkbox"/> 余暇のための外出 <input type="checkbox"/> 日中の見守り <input type="checkbox"/> 社会との交流 <input type="checkbox"/> 入浴機会の提供 <input type="checkbox"/> その他()	移動支援 日中一時支援 地域活動支援センター 訪問入浴サービス	月 時間 月 日 月 日 月 日	

※地域移行支援・地域定着支援の利用に関しましては、障害福祉課へお問い合わせください。