

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月作成版)
 ※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 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 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 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	
	申請者生年月日	
	年	月
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 <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()	受給者証番号(※新規の申請時は記入不要) 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記載)		サービス開始希望日	
年 月 日		年 月 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() <input 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	
		氏名	続柄
		年齢	住まい
			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			同・別
			同・別
			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							
週単位以外のサービスをご記入ください							

福祉・医療等の利用状況をご記入ください

診断名:	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:	困っていること、支援者に配慮してほしいこと:	
主治医:		
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:		

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 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 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 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しましては、障害福祉課へお問い合わせください。