

サービス等利用計画 (セルフプラン)

作成日 平成 年 月 日

利用者氏名 (児童氏名)	保護者氏名 (児童の場合)	住所	セルフプラン 作成補助者
生年月日	昭和・平成 年 月 日	受給者証番号	FAX番号

1. 現在の状況

手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (等級: 級・期限: 平成 年 月 日)			
障害支援区分	無し・有り (区分: 非該当 1 2 3 4 5 6) (認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
介護保険区分	無し・有り (区分: 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)			
医療の状況	診断名	①	②	③
	医療機関名	①	②	③
	医療機関電話番号	①	②	③
	主治医	①	②	③
	通院頻度	①	②	③
現在の生活状況 (体調・家庭での様子・学校や職場での様子・その他)	生活で改善・解決したいこと・困っていること			
本人の生活に対する意向	家族などの生活に対する意向			

2. 今後の計画

希望する生活	
長期の目標	
当面の目標	

3. 利用したい福祉サービス（サービス名に☑してください）

住まい	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介助・通院等乗降介助） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	目標：	(頻度・時間) 週・月 回
	共同	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	目標：	(利用日数) 週・月 日
日中活動		<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	目標：	(利用回数) 週・月 回
		<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）		

その他留意事項	
---------	--

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

奈良市受領日	平成 年 月 日	担当者	
--------	----------	-----	--

利用者同意署名欄	①
----------	---

