

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン①）

利用者氏名		障害支援 (程度) 区分	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	連絡先電話番号	-	-
障害福祉サービス 受給者証番号			計画作成日	令和	年	月	日	作成者		
地域生活支援事業 受給者証番号		通所受給者証番号						作成補助者（または保護者）		

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、 目標など	
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

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"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<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 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活・機能）	目標： 就労経験：	(利用事業所)	(利用回数) 月 日 (週 日)
住まい	共同	<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	目標：		月 日 (週 日)
	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） <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"/> その他（ ）	<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：		月 時間 (週 日) 1回 時間
その他						月 時間

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

障害福祉課受理日	平成 年 月 日	担当者	
----------	----------	-----	--

申請者の現状（基本情報）

別紙 1

◎利用者の状況

氏 名		生年月日		性 別	男 ・ 女	年 齢				
保護者氏名		本人との続柄								
住 所										
	[持家 ・ 借家 ・ グループホーム ・ 入所施設 ・ 医療機関 ・ その他()]									
障 害 種 別	身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 ・ 難 病	疾 患 名								
介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ()	・ 要介護	1	2	3	4	5
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入					緊 急 時					
					連 絡 先					
					備 考					
生活歴					医療の状況（受診歴を含む） ※受診科目、頻度、主治医、服薬状況等					