

## 【記載例】 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	〇〇 〇郎	障害支援 (程度) 区分	なし	生年月日	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	1234567890	通所受給者証番号	1234567890	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	1234567890								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	<p><b>集団の中でコミュニケーションがとれるようになってほしい。</b></p> <p><b>公共の交通機関を使って外出ができるようになってほしい。</b></p>
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

		<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 checked="" 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：	(利用事業所)	(利用回数)
日中活動				目標： <b>お友達をたくさん作ってほしい。</b>  就労経験：	〇〇〇〇	<b>月15日</b> <b>(週3日)</b>
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：		
	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 checked="" 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： <b>家族が不在の時に利用できるようにしておきたい。</b>	〇〇〇〇	<b>月 7 日</b>
その他		<b>移動支援</b>		<b>ヘルパーと一緒に外出する。</b>	<b>ヘルパーステーション〇〇〇〇</b>	<b>月10時間</b>

※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用することができます。

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



【記載例】

申請者の現状（基本情報）

別紙1

◎利用者の状況

氏名	〇〇 〇郎	生年月日		性別	男・女	年齢			
保護者氏名	〇〇 〇幸	本人との続柄							
住所	長崎市〇〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇〇〇アパート〇〇〇号								
	[ 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	〇〇 〇幸 (続柄)				
父：〇〇 〇幸 (47歳) 自営業 母：〇〇 〇子 (45歳) 主婦 (主たる介護者) 姉：〇〇 〇美 (19歳) 大学生 (〇〇市在住) 兄：〇〇 〇茂 (15歳) 〇〇中学校3年生				連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
				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	
平成 〇〇年〇月 出生 平成 〇〇年〇月 〇歳児検診で言葉の遅れを指摘され、〇〇病院受診 平成 〇〇年〇月 療育手帳を申請 平成 〇〇年〇月 児童発達支援を利用 (〇〇事業所) 平成 〇〇年〇月 〇〇小学校特別支援学級入学 平成 〇〇年〇月 放課後等デイサービス利用 (〇〇事業所) 現在に至る				〇〇病院・・・H〇年〇月から〇年〇月まで入院 △△病院・・・月2回 □□病院・・・月1回					