

【様式1-1】

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

〈セルフプラン用〉 瑞穂町

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先電話番号	— —
利用者氏名(児童氏名)		住所			
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分	なし・あり(区分1・2・3・4・5・6)	計画作成日	平成 年 月 日
通所受給者証番号		サービス等利用計画作成者		本人との関係	本人 保護者 その他()
地域活動支援受給者証番号					

希望する生活 (困っていることも 記入してください)		
希望する生活のために何をするか		いつまでに(目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
		<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のために何をするのか (本人の役割)	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							

利用する福祉サービス等		
種類(サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム) <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <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"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> その他()		

その他留意事項	
---------	--

【様式1-2】

サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

〈セルフプラン〉 瑞穂町

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分			
障害福祉サービス受給者証番号		サービス等利用計画作成者		本人との関係	本人 保護者 その他()
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
午前	6:00								週単位以外のサービス 通院の場合 通院先 通院頻度 回／ 交通手段 片道所要時間
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜	22:00								
	0:00								
深夜・早朝	2:00								
	4:00								

サービス提供によって、どんな生活が実現できるのかな？	
----------------------------	--

作成日	平成 年 月 日	作成者		作成者との関係	本人、保護者 その他（ ）
-----	----------	-----	--	---------	------------------

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		生年月日		年齢	
住所	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				FAX番号	
障害または疾患名		障害支援区分		性別	男・女
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入			社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等（役割）		
生活歴 ※受診歴等含む			医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医 疾患名、服薬状況等		
本人の主訴（意向・希望）			家族の主訴（意向・希望）		

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考
公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）					
その他の支援					

利用者氏名		障害支援区分		作成者	
				作成者との関係	本人 保護者 その他（ ）

		月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
午前	6:00								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜	20:00								
	22:00								
	0:00								
	2:00								
深夜・早朝	4:00								

週単位以外のサービス
 通院の場合
 通院先
 通院頻度 回／
 交通手段
 片道所要時間