

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン成人)

ふりがな		計画作成担当者	☐ 家族(続柄)
利用者氏名			☐ 支援者()
(生年月日)	年 月 日生(歳)		☐ その他()
住 所	広島市	連絡先電話番号	(自宅) (携帯)
障害支援区分	なし・あり (区分 1・2・3・4・5・6)	障害名	

やりたいことや好きなこと、嫌いなこと、苦手なことなど		希望するサービス (月単位で記載)	☐ 就労継続支援(A型・B型) (日)
			☐ 就労移行支援 (日)
			☐ 自立訓練(生活・機能) (日)
			☐ 就労定着支援 (日)
			☐ 生活介護 (日)
			☐ 居宅介護 (合計 時間)
			内訳 身体介護 (時間/月 時間/回)
			家事援助 (時間/月 時間/回)
			通院介助 (時間/月 時間/回)
			☐ 重度訪問介護 (日)
			☐ 短期入所 (日)
			☐ その他 ()
サービスを利用してどんな力をつけたいか			

	月	火	水	木	金	土	日	祝		月	火	水	木	金	土	日	祝
8:00									20:00								
9:00									21:00								
10:00									22:00								
11:00									23:00								
12:00									0:00								
13:00									1:00								
14:00									2:00								
15:00									3:00								
16:00									4:00								
17:00									5:00								
18:00									6:00								
19:00									7:00								

希望する事業所への調整状況
☐ 就労系サービス 事業所名〔 〕 ☐ 利用希望調整中 ☐ 利用継続中 ☐ その他()
☐ 生活介護 事業所名〔 〕 ☐ 利用希望調整中 ☐ 利用継続中 ☐ その他()
☐ 居宅介護・重度訪問介護 事業所名〔 〕 ☐ 利用希望調整中 ☐ 利用継続中 ☐ その他()
☐ 短期入所 事業所名〔 〕 ☐ 利用希望調整中 ☐ 利用継続中 ☐ その他()

計画作成日	令和 年 月 日
受給者番号(障害福祉サービス)	
セルフプランの理由 ↓どちらかにチェックしてください	
☐ セルフプランを自分で作成する ☐ 計画相談支援事業所の利用を希望しているが見つからない	
『災害後の生活支援』の事前登録について	
私は、災害が発生した場合に市障害者基幹相談支援センター等による『災害後の生活支援』を () 希望しません。 () 希望し、次の事項について同意します。	
【同意事項】 ○ お住まいの区を担当する障害者基幹相談支援センターにサービス等利用計画(本書)の内容を情報提供し、障害者基幹相談支援センターがリスト化した上で情報を管理し、区役所と共有すること。 ○ 障害者基幹相談支援センターによる『災害後の生活支援』は、一次避難先等への避難完了後から開始すること。(障害者基幹相談支援センターは、一次避難先への避難行動の支援は行いません。) ○ 災害発生時に、一次避難先等において障害者基幹相談支援センターの相談支援専門員等から電話や訪問等により連絡すること。 ○ 大規模の災害などが発生した場合は、支援を開始するまでに数日間を要する場合があります。 ※ 障害者基幹相談支援センターは、提供された情報を災害時の支援時以外には使用しません。	
【事前登録についての注意事項】 ○ 事前登録を希望する場合は、必ず別紙の「災害後の生活支援」の事前登録に係る基本情報書をセルフプランと一緒に各区福祉課にご提出ください。(提出のない場合は、希望されても登録はされません。) ○ 「災害後の生活支援」の事前登録に係る基本情報書は、注意事項を必ずご確認の上、基本情報を記入してください。 ○ 基本情報における、ご本人様の生活状況や身体状況等に関する欄はすべて必須の記入項目です。必ずご記入ください。 (注)「災害後の生活支援」は、災害時に避難行動を支援するものではありません。避難行動要支援者避難制度とは別の制度です。	
備 考	