

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	はるさく さくら	計画作成担当者	春咲 さくら	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄 本人)
利用者氏名 (生年月日)	春咲 さくら 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生(〇〇歳)			<input type="checkbox"/> 支援者() <input type="checkbox"/> その他()
住所	広島市 安佐北区可部南〇丁目〇-〇〇	連絡先電話番号	(自宅) 082-〇〇〇 (携帯) 090-〇〇〇	利用者との関係にチェックし、続柄を記載します。
障害程度区分	なし・ あり (区分 1・ 2 ・3・4・5・6)	障害名	精神障害(統合失調症)	

やりたいことや好きなこと、嫌いなこと、苦手なことなど	朝が起きれない。体調を整え、規則正しい生活をおくれるようになり、仕事に必要な体力や気力をつけたい。就職したい。	希望するサービス (月単位で記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援B型 (23 日) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 (日) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 (日) <input type="checkbox"/> 生活介護 (日) <input type="checkbox"/> 居宅介護 (合計 時間) 内訳 家事援助 (時間) 身体介護 (時間) 通院介助 (時間) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (日) <input type="checkbox"/> 短期入所 (日) <input type="checkbox"/> その他()
サービスを利用してどんな力をつけたいか	週5回、遅刻をしないで通うことができる。一日を通して作業ができる。		

月	火	水	木	金	土	日	祝
8:00	↑	↑	↑	↑	↑		
9:00	↑	↑	↑	↑	↑		
10:00	↑	↑	↑	↑	↑		
11:00	↑	↑	↑	↑	↑		
12:00	↑	↑	↑	↑	↑		
13:00	↑	↑	↑	↑	↑		
14:00	↑	↑	↑	↑	↑		
15:00	↑	↑	↑	↑	↑		
16:00	↑	↑	↑	↑	↑		
17:00	↑	↑	↑	↑	↑		
18:00	↑	↑	↑	↑	↑		
19:00	↑	↑	↑	↑	↑		

サービスを使って何をしたいのか、サービス提供事業所と話し合って記載します。

希望する生活⇒目標につながりをもたせます。サービスを使って、実現できそうな具体的な内容を記載します。

利用するサービスの時間帯を矢印で示し、事業所名を記載します。必要な日数や時間数がわかるよ

・利用している事業所を全て記載します。
・週単位以外のサービスや、その他知っておいて欲しい事柄などがあれば記載します。

希望する事業所への調整状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労系サービス 事業所名〔 〇〇工房) <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 <input checked="" type="checkbox"/> 利用継続中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 生活介護 事業所名〔) <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 <input type="checkbox"/> 利用継続中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 居宅介護・重度訪問介護 事業所名〔) <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 <input type="checkbox"/> 利用継続中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 短期入所 事業所名〔) <input type="checkbox"/> 利用希望調整中 <input type="checkbox"/> 利用継続中
---------------	--

計画作成日	令和 〇年〇月〇日
受給者番号(障害福祉サービス)	
セルフプランの理由	<input type="checkbox"/> 計画相談支援の利用希望がなく、セルフプランを自分で作る方。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 計画相談支援事業所が見つからない場合。
『災害後生活支援』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。 (〇) 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	
○ 避難準備又は避難勧告若しくは避難指示情報が発令された場合は、お住まいの地域とに決められた一次避難所に行きます。 ○ 一次避難所では、自主防災組織等の指示に従って生活スペースを確保し、障害の有無に関わらず地域の方との共同生活となります。 ○ 障害特性から、長期にわたる共同生活が困難な場合又は困難と思われる場合は、円滑に障害福祉サービス等の利用に繋がるように、事前登録により災害時における支援の御希望を確認するとともに、支援必要な情報を区役所保健福祉課と障害者基幹相談支援センターとが共有することについて同意を得ておくことを目的としています。 ○ 障害者基幹相談支援センターは、災害が発生し避難行動が完了(身の安全が確保された状態)した後に電話又は避難所などへの訪問により連絡をとらせていただき、生活再建に向けて支援をさせていただきます。 ○ 障害者基幹相談支援センターによる支援の希望の有無について、いずれかに〇を付けて	
備考	
* 移動支援(〇〇時間/月) 〇〇事業所 日曜日はスポーツセンターで卓球 毎月第2水曜日、精神科受診	