

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン児童)

| | | | |
|--------|------------|---------|----------------------------------|
| ふりがな | | 計画作成担当者 | <input type="checkbox"/> 家族(続柄) |
| 利用児氏名 | | | <input type="checkbox"/> 支援者() |
| (生年月日) | 年 月 日生(歳) | | <input type="checkbox"/> その他() |
| 保護者氏名 | | 連絡先電話番号 | (自宅) |
| | | | (携帯) |
| 住所 | 広島市 | 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 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 (日) |
| | | <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) (日) |
| | | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (日) |
| | | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス(重心) (日) |
| | | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 (日) |
| | (月単位で記載) | <input type="checkbox"/> 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) |
| サービスを利用してどんな力をつけたいか | | <input type="checkbox"/> 短期入所 () |
| | | <input type="checkbox"/> その他 () |

| | 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 |
| <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業 |
| 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"/> 児童発達支援事業 |
| 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 |
| 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 |
| <input type="checkbox"/> 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) | |
| 受給者証番号(障害児通所支援) | |
| セルフプランの理由 ↓どちらかにチェックしてください | |
| <input type="checkbox"/> セルフプランを自分で作成する | |
| <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 | |
| 『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 | |