

サービス等利用計画案(セルフプラン)兼作成届出書

ふりがな		せいねん 生年 が 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	ねん 年 がつ 月 にち 日	れんらくさき 連絡先 でんわ 電話 ばんごう 番号	- -
りようしゃ 利用者 しめい 氏名		さく 作 せい 成 しや 者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 → (TEL - -)	りよう 利用 か い し び 開 始 日	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 介護保険ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 総合相談事業所 <input type="checkbox"/> その他()	

きぼう 希望する生活または目標 (当てはまる内容にチェックしてください)	きぼう 希望する福祉サービス		
	サービス種類	きぼう 希望する時間数等	びこう 備考
<input type="checkbox"/> 【介護系サービス】(訪問、外出支援等) <input type="checkbox"/> 入浴、排泄、食事等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 外出するための支援を受けたい <input type="checkbox"/> 外出先で代読・代筆してもらいたい <input type="checkbox"/> 定期通院や官公署等への移動の介助を受けたい <input type="checkbox"/> 視覚障害のため外出時に同行してもらいたい <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月 (時間/回) 時間/月 (時間/回) 時間/月 (時間/回) 回/月 時間/月 時間/月 時間/月 時間/月	<input type="checkbox"/> 二人介護あり <input type="checkbox"/> 二人介護あり <input type="checkbox"/> 二人介護あり <input type="checkbox"/> 二人介護あり <input type="checkbox"/> 二人介護あり <input type="checkbox"/> 二人介護あり <input type="checkbox"/> 二人介護あり

きぼう 希望する生活または目標 (当てはまる内容にチェックしてください)	きぼう 希望する福祉サービス		
	サービス種類	きぼう 希望する時間数等	じぎょうしょめい 事業所名
<input type="checkbox"/> 【日中活動系サービス】(就労支援等) <input type="checkbox"/> 働くための訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 障害特性に合わせて無理なく働きたい <input type="checkbox"/> 支援を受けながら仲間と日中を過ごしたい <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上のため訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 規則正しい生活を送るため訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 訓練して就職した後も支援を受けたい <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(2年間) <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"/> 自立訓練(機能訓練)(1年半) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)(2年間) <input type="checkbox"/> 就労定着支援(3年間)	日/月 日/月 日/月 日/月 日/月 日/月 日/月 日/月 日/月	<input type="checkbox"/> 在宅支援 <input type="checkbox"/> 在宅支援 <input type="checkbox"/> 在宅支援 雇用 開始日: 年 月 日

<同意欄>

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定調査に係る認定調査、概況調査の内容、サービス等利用意向聴取の内容、船橋市障害者介護給付費等認定調査会における審査判定結果・意見、医師意見書及びこのサービス等利用計画案(セルフプラン)の全部又は一部を、船橋市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設、若しくは学校の関係人に提示することに同意します。

しんせいしや しめい
申請者氏名

裏面もありますのでご記入ください。

サービス等利用計画案(セルフプラン)兼作成届出書

希望する生活又は目標 (当てはまる内容にチェックしてください)	希望する福祉サービス		
	サービス種類	希望する時間数等	備考
【その他サービス】 <input type="checkbox"/> 一人暮らしの練習をしたい <input type="checkbox"/> 仲間と共同生活がしたい <input type="checkbox"/> 夜間に一人は心配なので支援をうけたい <input type="checkbox"/> 福祉施設で暮らしたい <input type="checkbox"/> 地域で支援を受けながら生活したい <input type="checkbox"/> 家族を休ませてあげたい <input type="checkbox"/> いつでも相談できるところがほしい <input type="checkbox"/> 緊急時に短期間、施設で生活支援を受けたい <input type="checkbox"/> その他 []	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練(2年間)		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム)	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> サテライト型(3年間)	
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(1年間)		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
	<input type="checkbox"/> 療養介護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月	
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援(1年間)		
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援(6か月)		

生活の希望や目標、自己実現にむけて取り組みたいこと(自由記載)

本人及びその家族の望む暮らし (希望する生活や目標は何ですか?)	
達成時期	<input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 2年以内 <input type="checkbox"/> その他()
支援する人に配慮してほしいことや不安なことなど(自由記載)	

<セルフプランを選択している理由に✓をつけてください>

相談支援事業所について	
1. 探したが空きがないと言われたため	2. 探し方が分からないため
3. 利用していたがやめたため(理由:)	
4. 必要性を感じていないため	
その他	
5. プランは自分で作成したいと思ったため	
6. プランは家族に作成してもらいたいと思ったため	
7. その他(理由:)	

以下市役所 処理欄

受理日		同意欄 記入確認	
-----	--	-------------	--