きんゆう れい 記入例

サービス等

①②③④⑥⑦は必ず記入
それ以外は任意記入

船橋市

ふりがな 利用者 氏名	① 船橋 太郎	生年 月日	② 昭和 平成43年2月1日 令和	連絡先 電話 番号	③ 047- 436 -2345
利用開始日	④ R6年 4月 1日	作成者	⑤ ☐ 本人 ☒ その他 → (TEL 047-436-1234)	利用者 との 関係	☐ 保護者 ☐ 介護保険ケアマネジャー ☒ 総合相談事業所 ⑤-1 ☐ その他()

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)	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
【介護系サービス】(訪問、外出支援等) ☐ 入浴、排泄、食事等の介助を受けたい ⑥ ☐ 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい ☐ 外出するための支援を受けたい ☐ 外出先で代読・代筆してもらいたい ☐ 定期通院や官公署等への移動の介助を受けたい ☐ 視覚障害のため外出時に同行してもらいたい ☐ その他 []	☒ 身体介護	22.5 時間/月 (1.5 時間/回)	☐ 二人介護あり
	☒ 家事援助	22.5 時間/月 (1.5 時間/回)	☐ 二人介護あり
	☒ 通院等介助	20 時間/月 (5 時間/回)	☐ 二人介護あり
	☐ 通院等乗降介助	回/月	☐ 二人介護あり
	☐ 重度訪問介護	時間/月	☐ 二人介護あり
	☐ 重度障害者等包括支援		
	☒ 行動援護	50 時間/月	☐ 二人介護あり
	☒ 同行援護	50 時間/月	☐ 二人介護あり

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)	希望する福祉サービス		
	サービス種類	希望する時間数等	事業所名
【日中活動系サービス】(就労支援等) ☐ 働くための訓練を受けたい ⑥ ☐ 障害特性に合わせて無理なく働きたい ☐ 支援を受けながら仲間と日中を過ごしたい ☐ 身体機能の維持・向上のため訓練を受けたい ☐ 規則正しい生活を送るため訓練を受けたい ☐ 訓練して就職した後も支援を受けたい ☐ その他	☐ 生活介護	日/月	
	☒ 就労移行支援(2年間)	-8日/月	☒ 在宅支援 ○○事業所
	☐ 就労継続支援(A型)	日/月	☐ 在宅支援
	☐ 就労継続支援(B型)	日/月	☐ 在宅支援
	☐ 自立訓練(機能訓練)(1年半)	日/月	
	☐ 自立訓練(生活訓練)(2年間)	日/月	
	☐ 就労定着支援(3年間)	雇用 開始日: 年 月	
	☐		

<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が必要があるときは、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者に提示することに同意します。

⑦

申請者氏名

船橋 太郎

- ①氏名
- ②生年月日
- ③日中連絡できる電話番号
- ④利用開始日【このプランを適用する日】
- ⑤作成者 作成者がその他の場合。連絡先を記入ください。
- ⑤-1 作成者がその他の場合、選択してください
- ⑥必要なサービスに☑してください
- ⑦同意欄

きにゅう れい 記入例

船橋市

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

⑥

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?)	一人暮らしをしたい。	⑧
-------------------------------------	------------	---

達成時期	☐ 6か月以内 ☐ 1年以内 ☒ 2年以内 ☐ その他()	⑨
------	---	---

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)

大きな声で話されると、話せなくなる。	⑩
--------------------	---

<セルフプランを選択している理由に✓をつけてください>

⑪

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	
-----	--	-------------	--

⑧本人の望む暮らし(目標)

⑨達成時期

⑩支援する人に配慮してほしいことや不安なことなど

⑪セルフプランを選択する理由を選んでください。