**障害福祉サービスの支給決定に必要な書類です。申請書と一緒にご提出ください。**

|  |
| --- |
| **サービス等利用計画（セルフプラン）** |

|  |
| --- |
| 現在、困っていること |
| （記入例）就職したいが、経験がないので不安。どうすればいいか分からない。 |
|  |
| 希望する暮らし |
| （記入例）就職し、経済的に自立したい。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用するサービス | | サービスの目標(目的) | 目標達成時期 | 利用する頻度/時間 |
|  |  |  | |  |
|  | （記入例） 居宅介護 | （記入例） 掃除・洗濯を援助してもらう ／ 火・土　1回１時間、月10時間 | | |
| 訪問系 | □ 居宅介護  （身体介護／家事援助／通院等介助・通院等乗降介助）  □ 行動援護　□ 同行援護　□ 短期入所  □ その他（　　　　　　　　　　　　　） |  | | |
|  |  |  | |  | |
|  | （記入例） 就労継続支援（A型・B型） | （記入例）サービスを利用して一般就労を目指す　／　月～金　10時～15時  　　　　 目標達成時期 １年後 | | | |
| 日中  活動系 | □ 就労移行支援　□ 就労定着支援  □ 就労継続支援（A型・B型）  □ 自立訓練（生活・機能）  □ 生活介護 |  | | | |
|  |  |  | |  | |
|  | （記入例） 共同生活援助 | （記入例）規則正しい生活リズムを身につける　／　毎日  　 　　　 目標達成時期 　半年後 | | | |
| 居住系 | □ 共同生活援助　□ 施設入所支援  その他（　　　　　　　　　　　　　） |  | | | |
|  |  |  | |  | |
| その他留意事項（配慮してほしいことなど） | | | | | |
| （記入例）体調に波があるので、具合の悪い時は配慮して欲しい。 | | | | | |

　障害福祉サービス等を利用するにあたり、「サービス等利用計画（案）」の作成を、指定特定相談支援事業者に依頼するのではなく、自らの意思において「セルフプラン」の提出による支給決定を希望します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　障害（児）者　氏名　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　住所

　児童の保護者　氏名　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　代筆者　氏名　　　　　　　　　　　障害（児）者との関係