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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名  （児童氏名） |  | 保護者氏名  （児童の場合） |  | 続柄 | セルフプラン  作成者 |  | 続柄 |
| 住所 | 〒　　　　- | | | | 電話番号 | （　　　　　　） | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　　　　女 | | 【計画作成日】　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．現在の状況** | | | | | | | | |
| 手帳の状況 | | □　身体障害者手帳　　　　　□　療育手帳　　　　　□　精神障害者保健福祉手帳　　　　　□　手帳なし | | | | | | |
| 障害又は疾患名 | |  | | | | | | |
| 障害支援区分 | | （区分）　　なし　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５　　　６ | | | （認定有効期間）　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 介護保険区分 | | （区分）　　要支援　　　１　　　２　　　　要介護　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５ | | | | | | |
| 利用中のサービス | | 種類 | 内容 | 支給量  （頻度・時間） | | 医療の状況 | 傷病名 |  |
|  |  |  | | 医療機関名 |  |
| 医療機関  電話番号 | （　　　　　　　　） |
| 主治医 |  |
| 通院頻度  服薬状況等 |  |
| 家族の状況 |  | | | | | 現在の生活状況等 |  | |

**２．今後の計画**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用事業所名 | |  | 事業所利用開始日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 本人の生活に対する意向 | |  | | |
| 家族等の生活に対する意向 | |  | | |
| 具体的な目標 | |  | | |
|  | 長期目標 |  | | |
|  | 短期目標 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先  順位 | 本人の希望・ニーズ | 支　援　目　標 | 福祉サービス・その他社会資源等 | | | 備　考 |
| 種　類 | 支　援　内　容 | 支給量（頻度・時間） |
| １ |  |  | □児童発達支援  □医療型児童発達支援  □放課後等デイサービス  □居宅訪問型児童発達支援  □保育所等訪問支援 |  | 日/月 |  |
| ２ |  |  | □児童発達支援  □医療型児童発達支援  □放課後等デイサービス  □居宅訪問型児童発達支援  □保育所等訪問支援 |  | 日/月 |  |
| ３ |  |  | □児童発達支援  □医療型児童発達支援  □放課後等デイサービス  □居宅訪問型児童発達支援  □保育所等訪問支援 |  | 日/月 |  |