

## 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①）

作成日 平成 年 月 日

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	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	性別	男 女	FAX 番号	( )	

### 1. 現在の状況

手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> 難病 ( )			
	<input type="checkbox"/> 療育手帳		<input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)		<input type="checkbox"/> 手帳なし → ( )			
障害支援区分	(区分) 非該当 申請中 1 2 3 4 5 6 (認定有効期間) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
要介護認定	有 無	要介護度	要支援	1 2	要介護	1 2 3 4 5		
利用中のサービス	種類	頻度・時間		家族の状況				
				医療について	医療機関名			
				主治医				

## 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②）

### 2. これからの生活について

本人氏名

本人の希望する生活	<input type="checkbox"/> 地域で一人で暮らしたい。（持家・賃貸・グループホーム・その他） <input type="checkbox"/> 家族と一緒に暮らしたい。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
家族等の希望する生活	
具体的な目標	<input type="checkbox"/> 退院して地域で暮らしたい。 <input type="checkbox"/> 退所して地域で暮らしたい。 <input type="checkbox"/> その他（ ）

希望するサービス・頻度	地域移行支援	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年	備考	
-------------	--------	------------------------------	-----------------------------	----	--