

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 _____

<p>本人の希望する生活</p>	<p><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 ）</p> <p><input type="checkbox"/>家族と一緒に暮らしたい。</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>
<p>家族等の希望する生活</p>	<p> </p>
<p>具体的な目標</p>	<p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p>

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