

**記入例(児童) ※印がついている項目は必ず記入をお願いします。(セルフプラ**

**どちらかに必ずチェックをお願いいたします。**

「相談支援事業所による計画作成を希望する。」にチェックをした方へは、相談支援事業所に空きが出来た時に、計画作成のご案内をいたします。

※今後の計画案の作成については、

今回と同様、セルフプランでの提出を希望する。

相談支援事業所での計画作成を希望する。希望の事業所 ( )

(必要の場合、調布市から指定相談支援事業者に対し、サービス等利用計画作成の希望状況に関する情報を提供することに同意する。)

童)の名前 ちょうふ たろう 太郎

※生年月日 平成 15年 1月 1日

※記入日 平成 27年 4月 10日

※利用者 ちはおや 母親

※記入者名 ちょうふ はなこ 花子

本人の今困っていることやこれから送りたい生活を記入します。内容は自由ですが、障害福祉サービス等を利用して実現できる内容をお書きください。

※現在の生活について

今困っていること 悩んでいること 他の子とうまくコミュニケーションがとれない。

これから送りたい生活 他の子と仲良く遊べるようになる。

※現在、利用したい(利用を続けたい)サービス

訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)
居住系	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス

利用したいサービスにチェックを入れて下さい。現在使っているサービスは今後も使い続けたい場合は、現在使っているサービスにチェックを入れて下さい。

※必要な時間・日数	※サービスを利用して実現したいこと	※実現の時期
サービス名 ( 放課後等デイサービス )	いろいろな子とふれあうことで、コミュニケーションの仕方を覚えて、友達をつくる。	<input type="checkbox"/> ( )年後 <input checked="" type="checkbox"/> ( 6 )か月後
サービス名 ( )	左の実現したいことを、いつ頃までに実現したいかを書いてください。必要時のみサービスを使う場合は、どちらかの( )内に「必要時」と御記入下さい。	<input type="checkbox"/> ( )年後 <input type="checkbox"/> ( )か月後
サービス名 ( )		<input type="checkbox"/> ( )年後 <input type="checkbox"/> ( )か月後

サービス提供者に伝えたいこと

興味があるものだけを見て、それ以外のものを見ようとしないので、なるべく視線を合わせて話しかけるようにしてください。

その他に利用したいサービス

サービスを提供する事業所に伝えたいことがあればお書きください。

上記のサービスの他に利用したいサービスがあればお書き下さい。(例: 移動支援や日中一時支援、配食サービスなど)

※この計画の内容を参考にして市で支給量を決めますが、希望の量と実際の支給量は異なる場合があります。

**記入例** ※印がついている項目は必ず記入をお願いします。

計画案(セル)

どちらかに必ずチェックをお願いいたします。

「相談支援事業所による計画作成を希望する。」にチェックをした方へは、相談支援事業所に空きが出来た時に、計画作成のご案内をいたします。

※今後の計画案の作成については、

今回と同様、セルフプランでの提出を希望する。

相談支援事業所での計画作成を希望する。希望の事業所 ( )  
(必要な場合、調布市から指定相談支援事業者に対し、サービス等利用計画作成の希望状況に関する情報を提供することに同意する。)

童) 名前の なまえ	ちょうふ たろう 調布 太郎	※生年月日 せいねんがつび	しょうわ ねん がつ 日にち 昭和 60年 1月 1日
---------------	-------------------	------------------	--------------------------------

※記入日 きにゅうび	へいせい ねん がつ 日にち 平成 27年 4月 10日	※利用者との関係 りようしやのかんけい	ほんにん 本人	※電話番号 でんわばんごう	
※記入者名 きにゅうしやめい	ちょうふ たろう 調布 太郎				

本人の今困っていることやこれから送りたい生活を記入します。内容は自由ですが、障害福祉サービス等を利用して実現できる内容をお書きください。

※現在の生活について

今困っていること 悩んでいること いまこまなや	自分の欲しいものがあまり買えない。 朝起きられず、作業所を休みがちになる。 家族が自宅にいない時、一人なのが不安。
これから送りたい生活 おくるせいかつ	作業所に毎日通い、工賃をもらって、自分の欲しいものは自分のお金で買いたい。 作業所に毎日通所し、規則正しい生活を送りたい。 介護する人が自宅にいない時にも安全で安心な生活を過ごしたい。

※現在、利用したい(利用を続けたい)サービス

利用したいサービスにチェックを入れて下さい。現在使っているサービスを今後も使いたい場合は、現在使っているサービスにチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input checked="" type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input checked="" type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)	<input type="checkbox"/> その他	

左の実現したいことを、いつ頃までに実現したいかを書いてください。必要時のみサービスを使う場合は、どちらかの( )内に「必要時」と御記入下さい。

サービスを利用することで、どういう生活を目指したいかを書いてください。すでに現在の生活で満足している人も次の一歩として目指したいことを書いてください。

※必要な時間・日数	※サービスを利用して実現したいこと	※実現の時期
サービス名 ( 就労継続支援B型 ) <input type="checkbox"/> 一か月に ( ) 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 一週間に ( 3 ) 日 <input type="checkbox"/> 一か月に ( ) 日	稼いだ工賃で、自分の欲しいものを買う。	<input checked="" type="checkbox"/> ( 1 ) 年後 <input type="checkbox"/> ( ) か月後
サービス名 ( 生活介護 ) <input type="checkbox"/> 一か月に ( ) 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 一週間に ( 2 ) 日 <input type="checkbox"/> 一か月に ( ) 日	作業所で体を動かして、ぐっすり眠るようにし、毎日通所できるように生活のリズムを整えたい。	<input checked="" type="checkbox"/> ( 1 ) 年後 <input type="checkbox"/> ( ) か月後
サービス名 ( 短期入所 ) <input type="checkbox"/> 一か月に ( ) 時間 <input type="checkbox"/> 一週間に ( ) 日 <input checked="" type="checkbox"/> 一か月に ( 7 ) 日	家族が介護できない時に安全に安心して過ごしたい。	<input checked="" type="checkbox"/> ( 1 ) 年後 <input type="checkbox"/> ( ) か月後

サービス提供者に伝えたいこと

自分の気持ちをうまく言葉にすることが苦手なので、話をゆっくり聞いてほしい。

サービスを提供する事業所に伝えたいことがあればお書きください。

その他に利用したいサービス

上記のサービスの他に利用したいサービスがあればお書き下さい。(例: 移動支援や日中一時支援、配食サービスなど)

※この計画の内容を参考にして市で支給量を決めますが、希望の量と実際の支給量は異なる場合があります。