

記入見本(表)

利用者氏名、生年月日、世帯構成(当てはまるものに✓)、を記入してください。
代筆者が記入する場合は、代筆者氏名、続柄を記入してください。

自分(利用者本人)が希望する生活を記入してください。

更新申請の方で、サービス内容を変更しない方は□に✓を入れてください。
その場合は、下の欄の記載は不要です。

『こうありたいと思う暮らし』に必要なことを選択肢から選んで、□に✓を入れてください。

利用するサービスを選択肢から選んで、□に✓を入れ、希望する時間数と、利用する事業者名を記入してください。

サービス等利用計画案(セルフプラン)

18歳以上用

* 初めてセルフプランを提出する際は、申出書の添付が必要です。

作成年月日

令和 7 年 10 月 1 日

フリガナ	トヨナカ イチロウ	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日		
利用者氏名	豊 中 一 郎	続柄	父	世帯構成	☐ 単身 ☒ 家族等と同居
フリガナ	トヨナカ タロウ	父		世帯構成	☐ その他()
代筆者氏名	豊 中 太 郎				

こうありたいと思う暮らし

出来ない家事をヘルパーさんと一緒にし、作業所に通いながら、少しずつ一人で生活できるようになりたい。
一人で知らない所へ行ける練習もしたい。

こうありたいと思う暮らしに必要なこと、必要な福祉サービス

☐ (更新申請の方のみ選択可能) 現在利用しているサービス内容を変更せず、全てそのまま利用したい。

注：上記を選択された方は、下記の欄の記載は不要です。

* こうありたいと思う暮らしに必要な支援内容の□に✓(チェック)を入れてください。

居宅介護系	☒ 身のまわりのことをつだってほしい(身体介護)	日中活動系	☐ 支援を受けながら活動したい(生活介護)
	☒ 一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にしたい(身体介護)		☐ 就労を目指して仕事の練習をしたい(就労移行支援)
	☒ ヘルパーに家事をつたってほしい(家事援助)		☐ 支援を受けながら就労したい(就労継続支援A型)
	☒ 病院等につきそってもらいたい(通院等介助・通院等乗降介助)		☒ 簡単な作業などの活動がしたい(就労継続支援B型)
	☐ 家事や身のまわりのこと、外出をつたってほしい(重度訪問介護)		☐ 自立に向けた練習をしたい(自立訓練・宿泊型自立訓練)
	☒ 外出につきそってもらいたい(移動支援・同行援護・行動援護)		
居住系・その他	☐ グループホームで暮らしたい(共同生活援助)		☐ 入浴を手伝ってほしい(訪問入浴)
	☐ 施設で支援を受けながら暮らしたい(施設入所支援・療養介護)		☐ ひとり暮らしのサポートをしてほしい(自立生活援助)
	☐ 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい(短期入所・短期入所療養介護)		☐ 就労を続けるためにサポートを受けたい(就労定着支援)
	☐ 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい(日中一時支援)		☐ 働き方の選択について支援を受けたい(就労選択支援)

* 利用する福祉サービスの□に✓(チェック)を入れ、希望する時間数又は日数と、利用する事業者名を記入してください。

サービス種類	希望する時間数等	利用する事業者名
居宅介護系	☒ 身体介護 15 時間/月 うち二人介護 時間/月	〇〇ヘルパーステーション
	☒ 家事援助 5 時間/月	〇〇ヘルパーステーション
	☒ 通院等介助 2 時間/月 うち二人介護 時間/月	〇〇ヘルパーステーション
	☐ 通院等乗降介助 回/月	
	☐ 重度訪問介護 時間/月 うち二人介護 時間/月	
	☐ うち、移動加算 時間/月 うち二人介護 時間/月	
	☐ 行動援護 時間/月 うち二人介護 時間/月	
	☐ 同行援護 時間/月 うち二人介護 時間/月	
日中活動系	☒ 移動支援 20 時間/月 うち二人介護 時間/月	〇〇介護
	☐ 生活介護	
	☐ 就労移行支援	
	☐ 就労継続支援A型	
	☒ 就労継続支援B型	
	☐ 自立訓練(機能訓練)	
	☐ 自立訓練(生活訓練)	
	☐ 宿泊型自立訓練	
居住系・その他	☐ 共同生活援助	
	☐ 施設入所支援	
	☐ 療養介護	
	☐ 短期入所 日/月	
	☐ 短期入所療養介護 日/月	
	☐ 日中一時支援 日/月	
	☐ 訪問入浴 日/月	
	☐ 自立生活援助	
	☐ 就労定着支援	
	☐ 就労選択支援	
その他のサービス・サポート	・ 近所の友人が朝ご飯を作ってくれるので、毎日食べに行っている。 ・ 月 2 回程度、介護保険サービスでデイサービスに行くことがある。	

障害福祉サービス以外のサポートを受けている場合や、利用する福祉サービスが選択肢にない場合、その他留意事項がある場合は、その内容を記入してください。

ひと月あたりの時間数は一定の基準を設けていますので、希望する時間数を支給されるわけではありません。
一定基準の時間数を知りたい場合や、サービスの組み立て方に悩んだ場合は、豊中市障害福祉課へご相談ください。

記入見本(裏)

【週間計画表】

1週間の定例の予定を記入してください。

※何曜日の何時にどんなサービスを利用するのか（居宅介護サービスは種類、事業所名やサービス内容）を記入してください。

※その他、主な日常生活上の活動（通所・通学については施設名など）を記入してください。

何曜日の何時にどんなサービスを利用するのかを記入してください。
サービス種類、サービス内容の下に事業所名を(〇〇〇)と記入してください。

曜日	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00	就労継続支援B型 (〇〇〇作業所)						
11:00							
12:00							
13:00							
14:00						移動支援 (〇〇介護)	
15:00							
16:00							
17:00	身体介護		家事援助		身体介護		
18:00	入浴介助		夕食準備		共に行う調理		
19:00	(〇〇ヘルパース テーション)		(〇〇ヘルパース テーション)		(〇〇ヘルパース テーション)		
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

【週単位以外のサービス】

不定期で利用しているサービスについて記入してください。

・毎月第3月曜日に、◎◎内科へ通院している。
(通院等介助・〇〇ヘルパーステーション) (片道1時間)

週間予定表では書ききれないサービスについて、記入してください。

日頃どんな活動をしているのか等を、具体的に記入してください。

その他、日常生活上の活動や補足事項があれば、記入してください。

・週3回、夕方の身体介護で、掃除や夕食作りを手伝ってもらっている。
・毎朝近所の友人宅へ行き、朝ご飯を一緒に食べている。
・土曜日か日曜日に1回4時間程度、ヘルパーさんと一緒に買い物などに出かけている。
・月に2回程度、介護保険サービスでデイサービスに行くことがある。