

(表)

セルフプラン兼勘案事項整理票（18歳未満）		年	月	日記入	
利用者氏名		年	月	日生	歳
保護者氏名 (申請者)		年	月	日生	歳
住所		電話番号			
作成者	本人・その他（ ）	作成補助者			
障害の種類・ 程度	※いずれかに○をしてください 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療費受給者証 特定医療費（指定難病）受給者証・その他（ ）				
	記載内容（交付日や等級など）：				
(1) 障がいについての特記事項					
(2) 医療機関等について 病院名【 】通院の頻度【 】					
(3) 病状・服薬等の状況（飲んでいる薬の名前と頻度を記入） 飲んでいる薬【 】頻度【 】					
(4) 訪問看護の利用：有（事業所名： ）・無					
日常生活の状 況	通学・通園等：有【徒歩・自転車・送迎（自家用車・バス）・その他】・無 日中の様子： 【支援級の場合： 学校 級】 その他日常生活についての特記事項：				
当該障害児の 置かれている 生活状況	住居：【一軒家・アパート・マンション・その他（ ）】 最寄駅からの立地： 住居の状況や生活環境：				

(裏)

家族等の状況	氏名（主な介護者の横に○）	続柄	年齢	同・別居	健康状態	生活状況 （就労状況等）
				同・別		
				同・別		
				同・別		
				同・別		
				同・別		
障害福祉サービス等の利用に係る意向の 具体的内容	希望する生活や利用目的等：					
	申請サービスの種類： 利用予定事業所： 希望支給量： 具体的内容：					
	申請サービスの種類： 利用予定事業所： 希望支給量： 具体的内容：					
	申請サービスの種類： 利用予定事業所： 希望支給量： 具体的内容：					
その他特記事項など						
市役所確認欄						

※本人の控え用に必ず写しを取ってください。