

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費 様式集

介護給付費・訓練等給付費等支給申請書(18歳以上)	・・・ 1～2
介護給付費・訓練等給付費等支給変更申請書(18歳以上)	・・・ 3～4
介護給付費・障害児通所給付費等支給申請書(18歳未満)	・・・ 5～6
介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書(18歳未満)	・・・ 7～8
世帯状況・収入等申告書	・・・ 9～10
サービス等利用計画案提出依頼書	・・・ 11～15
記載の手引き	・・・ 16～24
申請者の現状(別紙1, 2)	・・・ 25～26
サービス等利用計画案(計画様式1-1～1-3)	・・・ 27～29
セルフプラン記載の手引き	・・・ 30～31
セルフプラン様式	・・・ 32～33
セルフプラン記載例	・・・ 34～35
計画相談支援給付費等支給申請書	・・・ 36
計画相談支援等依頼(変更)届出書	・・・ 37
計画相談支援等契約内容報告書	・・・ 38
障害福祉サービス等支給決定情報提供申出書	・・・ 39
利用者負担上限額管理事務依頼等届出書	・・・ 40
利用者負担上限額管理結果票	・・・ 41
利用者負担額一覧表	・・・ 42
サービス等利用計画(計画様式2-1～2-3)	・・・ 43～45
モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)(計画様式3)	・・・ 46
在園証明(多子軽減用)	・・・ 47
高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書	・・・ 48
共同住居契約家賃額証明書	・・・ 49
【見本】障害福祉サービス受給者証・通所支援受給者証	・・・ 50～51
【計画相談支援各種加算標準様式】	・・・ 52～60
令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において創設した加算及び見直した加算の届出様式例	
・ピアサポート体制加算に関する届出書	
・計画相談支援・障害児相談支援における機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書、(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)	
・主任相談支援専門員配置加算に係る届出書(相談支援事業所)	
・入院時情報提供書	
・体制加算名簿様式<行動障害支援・要医療児者支援・精神障害者支援>	

負担上限月額に関する認定（移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） ※療養介護利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））

特定障害者特別給付費に関する認定
 下記に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。

【入所施設を利用する場合】	【共同生活援助を利用する場合】
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）
 右記に該当するため、医療型個別減免の適用を申請します。 ・低所得（市町村民税非課税世帯）

生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。）。

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名	医療機関名称
医療機関の所在地	電話番号

障害福祉サービス等以外のサービス利用状況

施設サービス	利用中の施設の種類と内容等 施設種類（ ） 施設（病院）名称（ ）		
介護保険	要介護認定	有・無	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5
	利用中のサービスの種類と内容等		

緊急時の連絡先（届出者又は調査に関する連絡先の他に、緊急時の連絡先がある場合に記載してください。）

氏名	電話番号
住所	

同意欄（同意する項目にチェックしてください。）

介護給付費又は訓練等給付費（共同生活援助において介護の提供又は受託居宅介護を希望する場合に限る。）の支給申請にあたり必要となる医師意見書の提出に代えて、保健福祉部長が医師意見書の作成を医療機関に依頼することに同意します。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者に提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障害支援区分認定結果を提供することに同意します。

支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。

署名 _____

負担上限月額に関する認定（移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） <small>※療養介護利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。</small> <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） <small>※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。</small> <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））

特定障害者特別給付費に関する認定
 下記に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。

【入所施設を利用する場合】	【共同生活援助を利用する場合】
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）
 下記に該当するため、医療型個別減免の適用を申請します。
 ・低所得（市町村民税非課税世帯）

生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。）。

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

サービスの利用状況（利用中のサービスの種類と内容等を記載してください。）

障害支援区分	区分	1	2	3	4	5	6	無	(いずれかに○をつける)
介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）								()
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護								()
	<input type="checkbox"/> 同行援護								()
	<input type="checkbox"/> 行動援護								()
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援								()
	<input type="checkbox"/> 療養介護								()
	<input type="checkbox"/> 生活介護								()
	<input type="checkbox"/> 短期入所								()
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 施設入所支援								()
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助								()
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・生活訓練（宿泊型））								()
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設以外・養成施設）								()
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）								()
移動支援費	<input type="checkbox"/> 就労定着支援								()
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助								()
介護保険	移動支援								()
	要介護認定	有・無	要支援1・2		要介護1・2・3・4・5				
	利用中のサービスの種類と内容等								

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

負担上限月額に関する認定（移動支援費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。	
所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） <input type="checkbox"/> ※医療型児童発達支援を申請する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割28万円未満） <input type="checkbox"/> ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））
<input type="checkbox"/> 障害児通所支援の多子軽減措置の適用を下記区分により申請します。 <input type="checkbox"/> 第2子に該当する児童 <input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する児童	
<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限りません。）。	

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

障害福祉サービス等以外の福祉サービス又は保健医療サービス等の利用状況

利用中のサービスの種類と内容等	
-----------------	--

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

同意欄（同意する項目にチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> サービス等利用計画、障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、サービス利用意向聴取の内容を、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害児通所支援事業者又は指定障害者入所施設に提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。
署名 _____

介護給付費・障害児通所給付費等支給変更申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

次のとおり、介護給付費等の支給変更について申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒 札幌市 区		
支給申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		続柄	
	個人番号			
身体障害者手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： 種 級	障害種別： 肢体・視覚・聴覚・言語・内部
療育手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： A ・ B ・ B-	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： 1級 ・ 2級 ・ 3級	
難病等	疾患名：			
変更の理由				

届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

変更を申請する障害福祉サービス等の種類

介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）
	<input type="checkbox"/> 同行援護
	<input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
	<input type="checkbox"/> 短期入所
	希望支給量
障害児通所給付費	<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"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 ※健康保険証の写しを併せてご提出ください。 （被保険者証の記号及び番号 保険者名及び番号 ）
	希望支給量
移動支援費	<input type="checkbox"/> 移動支援（ <input type="checkbox"/> 行動援護の支給決定要件を満たす場合、行動援護の支給申請とする。）
	希望支給量

負担上限月額に関する認定（移動支援費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。	
所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） ※医療型児童発達支援を申請する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割28万円未満） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））
<input type="checkbox"/> 障害児通所支援の多子軽減措置の適用を下記区分により申請します。 <input type="checkbox"/> 第2子に該当する児童 <input type="checkbox"/> 第3子以降に該当する児童 【同意欄】 同意する場合にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 多子軽減の適用のために必要があるときは、同一世帯の乳幼児に係る障害児通所支援の契約状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。	
署名 _____	
<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限りです。）。	

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

サービスの利用状況（利用中のサービスの種類と内容等を記載してください。）

介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助） （)
	<input type="checkbox"/> 同行援護 ()
	<input type="checkbox"/> 行動援護 ()
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 ()
	<input type="checkbox"/> 短期入所 ()
障害児通所給付費	<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"/> 保育所等訪問支援 ()
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 ()
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 ()
移動支援費	<input type="checkbox"/> 移動支援 ()
その他	利用中のサービスの種類と内容等

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

世帯状況・収入等申告書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

年 月 日

次のとおり申告します。

申告者欄(※支給申請書又は支給変更申請書を本申告書と同時に提出する場合は、申告者欄の記入は不要です。)

フリガナ	
氏 名	
住 所	〒 電話番号

届出者欄(※申告者と届出者が同一の場合は届出者欄の記入は不要です。)

フリガナ		申告者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

※不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

現在、別居の場合「○」を記入

1 世帯の状況等について

	氏 名	続柄	生年月日	別居の有無	扶養状況 (16～18歳)	乳幼児在園状況	
世帯構成等	支給申請に係る児童(障がい者)本人	本人	年 月 日				
	世帯主		年 月 日				
	世帯員			年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			

※「扶養状況(16～18歳)」欄について(課税世帯のみ記入)

課税世帯については、扶養状況により、障害福祉サービスの月額負担上限額が変わる場合があります。サービスを利用する年の前年(サービスの開始予定月が1～6月の場合は前々年)の12月31日時点の年齢が16～18歳で、税法上扶養されている方について、「○」を記入してください。

※「乳幼児在園状況」欄について(多子軽減申請の場合のみ記入)

保育所等に通っている又は障害児通所支援を利用している乳幼児について、通所先の施設名称を記入してください。(保育所等…認可保育所、認定こども園、幼稚園、特別支援学校幼稚部、情緒障害児短期利用施設、特例保育、家庭的保育事業等)

裏面に続く

2 障がい者本人の収入の状況について

※ 下記のいずれかに該当する場合のみ、記入してください。

(1) 20歳以上の施設入所者で補足給付を申請する場合は①～⑥を記入してください。

(2) 障害年金1級を受給している方で、就労継続支援A型・B型を利用する場合、③欄の障害年金（級）収入欄に1級と記載してください（金額を記載する必要はありません。）。

種類		申告金額(年額)	確認済金額の月額
		本人の収入	本人の収入
収 入	①特定目的収入		
	()		
	②工賃等の就労収入		
	③稼得等収入		
	障害年金(級)収入		
	()年金		
	労災保険収入		
	雇用保険		
	()手当		
	その他()		
	④その他の収入		
	不動産収入		
	利子・配当収入		
	一時所得		
仕送り			
その他()			
計			
必 要 経 費	⑤租税の課税額		
	住民税		
	所得税		
	固定資産税		
	自動車税		
	その他()		
	⑥社会保険料		
	健康保険料等 (国保・社保・共済)		
介護保険料			
計			
所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般世帯1 ・ 一般世帯2	
		(療養介護又は医療型児童発達支援利用者で低所得に該当する方のみいずれかに○ 低所得1 ・ 低所得2)	
区役所職員記入欄			

令和 年 (年) 月 日

(住所・氏名)

_____様

札幌市 区保健福祉部保健福祉課

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 提出依頼書

このたびの障害福祉サービス等の申請について、支給（給付）要否決定の参考とするため、下記の書類をご提出くださいますようお願いいたします。

記

1 提出書類

「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」

- (1) 「指定特定相談支援事業者」または「指定障害児相談支援事業者」に作成を依頼してください。
- (2) (1)に代えて、別紙「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）」により提出することもできます。

※ 詳しくは、同封の書類をご参照ください。

2 提出期限

- (1) 障害支援区分認定が必要な場合
区分認定の通知の日から7日以内
- (2) 障害支援区分認定が不要な場合
障害福祉サービス等の申請日から30日以内

【連絡先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市 区 条 丁目

札幌市 区保健福祉部保健福祉課 TEL 011- -2400

～サービス等利用計画案の提出について～

障害福祉サービスや地域相談支援を利用する場合には「サービス等利用計画案」（以下、これらを「計画案」といいます。）を作成いただくことが必要となります。

区役所では、これらの計画案を参考に支給決定しますので、計画案をご提出ください。

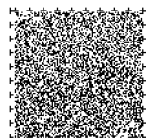
1 計画案の作成が必要な方

- 全ての障害福祉サービス又は地域相談支援の支給申請を行った方が対象となります（サービスの追加申請や更新申請も含まれます）。

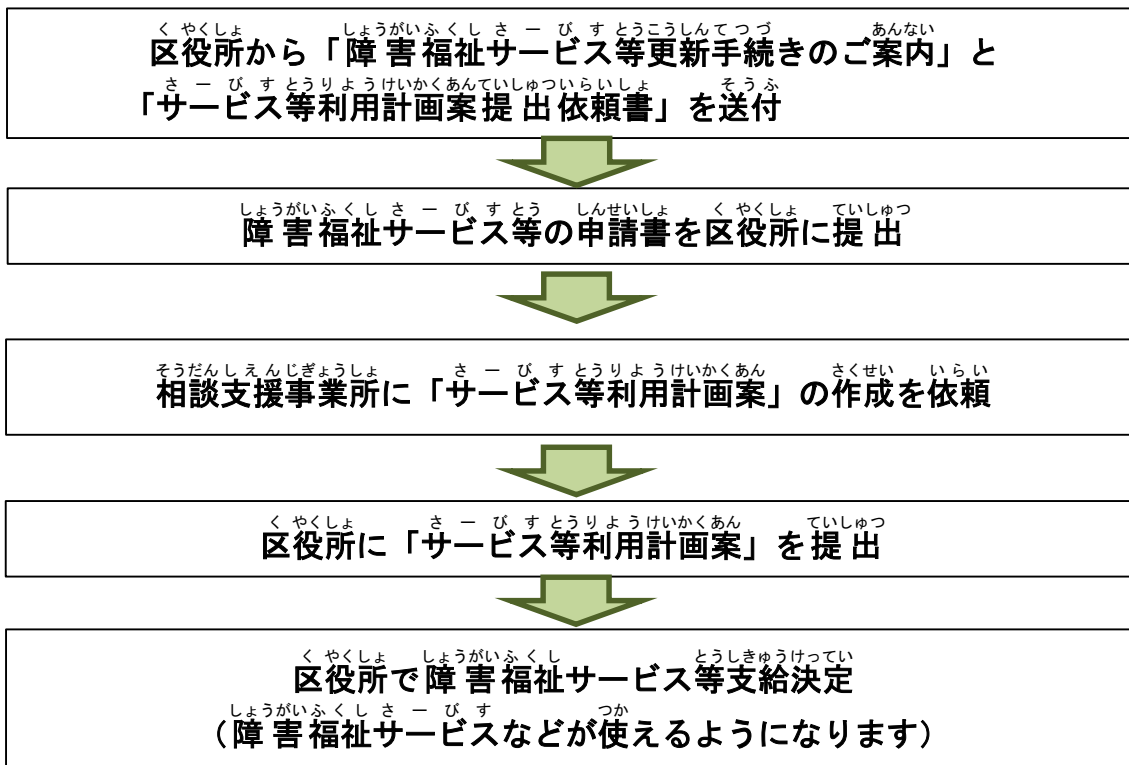
2 計画案の作成

- 平成27年3月に経過措置が終了したため、法律の規定により、計画案を提出していただくことが原則となります。
- 計画案は「相談支援事業所」が作成しますので、もよりの相談支援事業所に作成を依頼してください。
- 「相談支援事業所」は、障がいのある方とご家族に寄り添い、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせなどについて検討し、ご提案するとともに、障がいのある方の意思決定の支援を行います。
- 障がいのある方ご本人の意思で希望する場合または相談支援事業所が見つからない場合は、セルフプランを提出することもできます（区役所へご相談ください）。

（裏面に続きます）



3 サービス利用までの流れ



4 Q&A

Q 相談支援事業所に計画案作成をお願いしたら費用はかかりますか。

A 計画案の作成にかかる費用は、札幌市から相談支援事業所に直接支払いますので、利用者が費用を負担することはありません。

Q 提出期限までに計画案を提出できない場合はどうなるのですか。

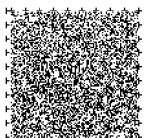
A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案の提出が遅れそうな場合は個別に区役所へご相談ください。

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

A 区役所では、計画案のほか、障害支援区分やサービスの利用意向なども踏まえて支給決定しますので、必ずしも計画案どおりとはならない場合もあります。

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会はありますか。

A 相談支援事業所が計画案を作成した場合は、サービス利用開始後も相談員が定期的にご自宅などを訪問します。サービスの利用状況を確認し(モニタリング)、必要に応じて計画の見直しなどを行います。



～サービス等利用計画案の提出について～

ほうかいせい へいせい ねん がつ しょうがいふくし さーびす ちいきそうだんしえん
法改正により、平成24年4月から、障害福祉サービスや地域相談支援
りょう ばあい さーびすとうりょうけいかくあん しょうがいじつうしよしえん りょう
を利用する場合には「サービス等利用計画案」を、障害児通所支援を利用
する場合には「障害児支援利用計画案」（以下、これらを「計画案」といい
ます。）をご作成いただくことが必要となりました。

くやくしよ けいかくあん さんこう しきゅうけつてい さーびすとう
区役所では、これらの計画案を参考に支給決定しますので、「サービス等
りょうけいかくあんでいしゅついらいしよ きさい ていしゅつきげん けいかくあん ていしゅつ
利用計画案提出依頼書」に記載された提出期限までに、計画案をご提出
ください。

1 計画案の作成

- ・ 計画案は「相談支援事業所」が作成しますので、もよりの相談支援事業所
に作成を依頼してください。
- ・ 計画案はご自身で作成することも可能です（これを「セルフプラン」と
いいます。）。ご家族やサービス提供事業所の方などにご協力いただき、
作成しても構いません。セルフプランを希望される方は同封の用紙をご
使用ください。

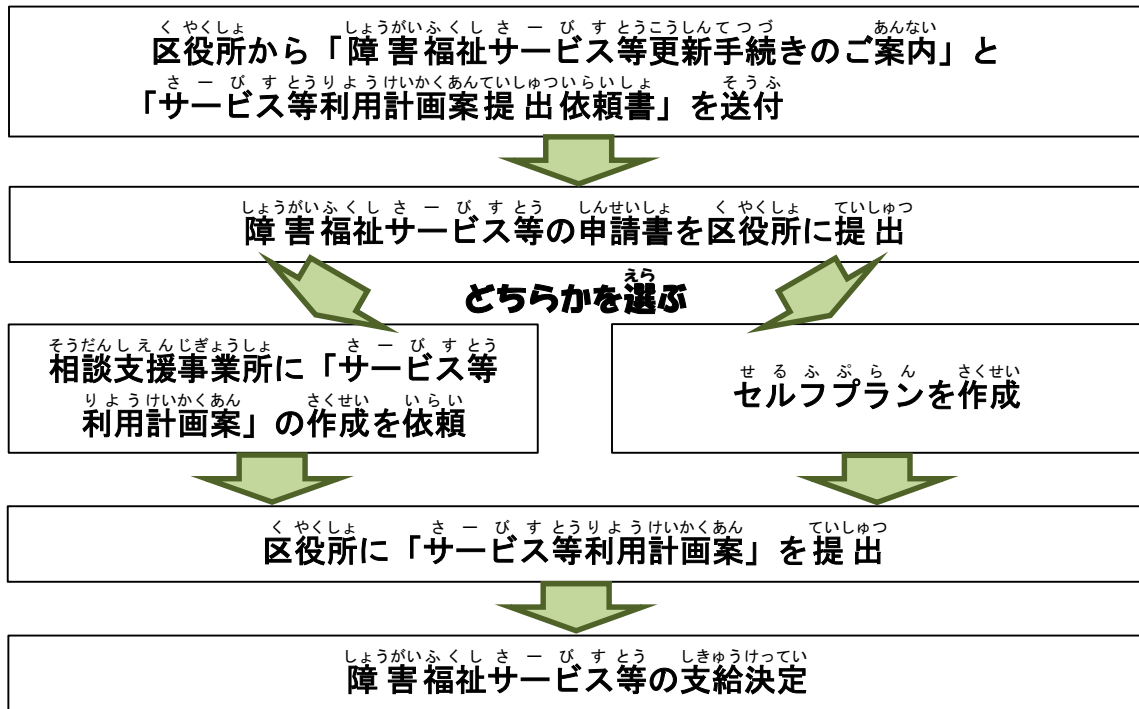
2 計画案の作成が必要な方

- ・ 障害福祉サービス、障害児通所支援又は地域相談支援の支給申請を行
った方が対象となります。

りめん つづ
(裏面に続きます)



3 計画案提出の流れ



4 Q&A

Q 相談支援事業所に計画案作成をお願いしたら費用はかかりますか。

A 計画案の作成にかかる費用は、札幌市から相談支援事業所に直接支払いますので、利用者が費用を負担することはありません。

Q 提出期限までに計画案を提出できない場合はどうなるのですか。

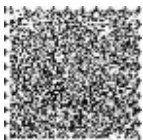
A 計画案は、支給決定の際の参考となる資料ですので、期限までに提出されなかった場合、サービス利用の開始が遅れてしまうことがあります。計画案の提出が遅れそうな場合は個別にご相談ください。

Q 提出した計画案どおりに支給決定されるのですか。

A 区役所では、計画案のほか、障害支援区分やサービスの利用意向なども踏まえて支給決定しますので、必ずしも計画案どおりとはならない場合があります。

Q サービス利用開始後に計画を見直す機会がありますか。

A 相談支援事業所が計画案を作成した場合は、サービス利用開始後も相談員が定期的にご自宅などを訪問します。サービスの利用状況を確認し（モニタリング）、必要に応じて計画の見直しなどを行います。



- サービス等利用計画案、障害児支援利用計画案（計画様式1）、別紙1・2
- サービス等利用計画、障害児支援利用計画（計画様式2）
- モニタリング報告書（計画様式3）

記 載 の 手 引 き

1 サービス等利用計画案、障害児支援利用計画案（計画様式1）

(1) 計画様式1-1

【作成日】

- ・計画案を作成した日を記入する。

【利用者同意署名欄】

- ・利用者（利用者が児童の場合は保護者）に署名してもらう。

【利用者氏名】【受給者番号】【障害支援区分】

- ・障害福祉サービス受給者証に記載されているとおり記入する。
- ・なお、新規支給決定者で受給者証未交付の場合は、受給者番号は記入不要。

【相談支援事業者名】

- ・利用契約を締結した相談支援事業者名（法人名ではなく、「事業者名」を記入）

【計画作成担当者名】

- ・計画を作成した担当者を記入する。

◎利用者との面接

【面接日】【利用者以外の面接者】

- ・計画案作成のために利用者宅を訪問し、利用者と面接した日を記入する。
- ・同時に家族と面接した場合は利用者との続柄、関係機関や関係事業者が同席した場合には、関係機関や事業者名を記入する。

◎生活に対する意向、援助方針

【利用者及びその家族の生活に対する意向】

- ・「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という、利用者が希望する生活の全体像を記載する。
- ・利用者の困り感を利用者と共有したうえで、できるだけ利用者の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。（例：○○が必要なため、○○をしたい等）
- ・「安定的な生活がしたい」といった抽象的な表現は避ける。
- ・家族の意向を記載する場合、利用者の意向と明確に区別し、内容的に家族の意向に偏らないように記載する。特に利用者と家族の意向が異なる場合には留意する。
- ・利用者・家族が希望する生活を具体的にイメージしたことを確認したうえで記載する。

【総合的な援助の方針】

- ・総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題をふまえ、「利用者及び家族の生活に対する意向」を相談支援専門員の立場から捉え直したもので、計画作成の指針となるものである。
- ・支援にかかわる関係機関が共通の最終的に到達すべき方向性を記載する。
- ・利用者や家族が持っている力、強み、できること、エンパワメントを意識し、一方的に援助して終わるのではない方針を記載する。
- ・表現が抽象的でなく、サービス提供事業者が個別支援計画の方向性やサービス内容を決める際にも参考にしやすいように記載する。

【長期目標】

- ・総合的な援助の方針をふまえた長期目標を記載する。
- ・短期目標を一つずつ解決した積み上げの結果として実現できる目標を記載する。
- ・単なる努力目標ではなく、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載する。
- ・アセスメント結果や利用者の意向からみて妥当な（高すぎない、低すぎない）目標を記載する。
- ・利用者、家族に分かりやすい（抽象的でない、あいまいでない）目標を記載する。
- ・支援者側の一方的な目標を設定したり、サービス内容を目標に設定しない。
- ・半年から1年をめどに記載する。

【短期目標】

- ・総合的な援助の方針をふまえた短期目標を記載する。
- ・長期目標実現のための段階的で具体的な目標を記載する。
- ・利用者、家族が見ても具体的に何をするのか分かり、目標達成したかどうか判断できる目標を記載する（インパクトゴール）。
- ・当面の生活の安定に向けて、利用者ニーズに即し、具体的支援の内容が明確になる目標を設定する。
- ・サービス提供事業者が作成する個別支援計画を立てる際の指標になることを意識して記載する。
- ・モニタリング頻度も視野に入れ、直近から3か月までをめどに記載する。

<例>

- 総合的な援助の方針：地域での生活を実現する。地域で安心した生活を送る。
- 長期目標：1年かけて家の環境を整備する。地域生活の技術を習得する。
- 短期目標：3か月機能回復のリハビリを行う。

◎モニタリングの期間

【モニタリング期間】

- ・対象者の区分により定められたモニタリング期間、開始月と終期月を記載する。

◎モニタリング実施月

- ・モニタリングの実施予定年月を記載する。

(2) 計画様式 1 - 2

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

- ・解決すべき課題（本人のニーズ）に対応する公的支援、その他の支援を網羅して検討する。
- ・支援を受けながらも利用者が役割をもつこと、エンパワメント支援を意識して記載する。
- ・サービス提供事業者が作成する個別支援計画を立てる際の基礎情報となることを意識して記載する。
- ・関係機関が役割分担を明確にし、利用者の希望や支援の必要性を理解して支援できるように、計画作成時にはできる限り利用者も含めたサービス等調整会議を開催する。
- ・単に利用者や家族の要望だけに合わせて計画作成するのではなく、相談支援専門員が専門職として利用者の希望する生活を実現するために必要なことは何かを考えて記載する。

【優先順位】

- ・緊急である課題、利用者の動機づけとなる課題、すぐに効果が見込まれる課題、悪環境を作り出す原因となっている課題、医師等の専門職からの課題等に関連付け、まずは取り組むべき事項から優先順位をつける。
- ・利用者、家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者、家族の意向を十分汲み取って記載する。

【解決すべき課題・本人のニーズ】

- ・「利用者及びその家族の生活に対する意向」「総合的な援助の方針」と連動して記載する。
- ・生活するうえでサービスの利用必要性がない課題（ニーズ）についても網羅し、単にサービスを利用するためではなく、利用者が希望する生活を実現するために課題を記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語は避ける。
- ・漠然としたまとめ方ではなく、利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のニーズとして捉えられるように記載する。
- ・抽象的に誰にでも当てはまるような表現は極力避け、相談支援専門員がアセスメント等を通じた専門職の視点として、その人にとっての必要なことは何かを考え、具体的にその内容を表現する。
- ・課題（ニーズ）の中にサービスの種類は記載しない。

【支援目標】

- ・「解決すべき課題・本人のニーズ」を相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標として記載する。
- ・短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標を記載する。

<例>

○週に3回日中活動の場を利用する。

【達成時期】

- ・段階的に達成できる達成時期を記載する。

【福祉サービス等の種類、内容、量】

- ・利用する福祉サービスの内容を単に記載するのではなく、具体的な支援のポイント等も記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）を必要に応じて盛り込む。
- ・インフォーマルサービスが含まれていない場合、直ちに不適切ということはないが、含まれていない理由や、支援の導入を検討する。
- ・特定のサービスに偏りがないように作成する。
- ・障害福祉サービスの種類については、単に「居宅介護」と記載するのではなく、「身体介護」「家事援助」など、より具体的に記入する。
- ・障害福祉サービスの支給量については、支給審査基準を超えて支給決定はされないので、予め支給審査基準を参照すること。

<例>

○月～金の8時～9時30分に身体介護利用

○月、水、金の10時～15時に○○園において日中一時支援を利用

【課題解決のための本人の役割】

- ・利用者が取り組むべきことをできるだけ具体的に記載する。
- ・利用者が理解しやすいように難しい専門用語を避ける。
- ・利用者の言葉や表現を適宜引用しながら意欲を高め、利用者が自分のこととして主体的に取り組もうと思えるように記載する。
- ・実行性を適正にアセスメントして、利用者に無理や負担が無いように留意する。

【評価時期】

- ・設定した支援の達成時期をふまえ、適切な評価時期を設定する。
- ・サービス導入後の変化について予め見通しを持ち、適切な評価時期を設定する。

【その他留意事項】

- ・項目で記載しきれない具体的な取り組み等について記載する。
- ・関係機関の役割分担等、サービス提供にあたっての留意事項を記載する。

(3) 計画様式 1 - 3

◎週間計画表

【週間計画表】

- ・現時点での1週間の生活実態の全体を把握できるようにできるだけ具体的に記載する。
- ・公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）とその他の支援（インフォーマルサービス）の違いが分かるように記載する。
- ・起床から就寝までの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間（誰が、何を、支援しているか）もできる限り切れ目なく記載する。
- ・夜間・土日は家族等がいるからといってサービスが必要でないとは限らない。介護負担の状況等を踏まえ、必要に応じて支援の要否を検討する。

【主な日常生活上の行動】

- ・週間計画を作成するにあたって重要になる日常生活上の行動や特記事項で、週間計画表に記載しきれなかった情報を記載する。
- ・一日の生活の中で習慣化していることがあれば記載する。
- ・家族や近隣、ボランティア等のかかわりや不在の時間帯等について記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施しているプライベートな活動であって、週間計画表に記載されていない日々の生活、余暇活動や趣味等について記載する。
- ・利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載する。

【週単位以外のサービス】

- ・隔週・不定期に利用しているサービスについて記載する。(例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等)
- ・医療機関への受診状況なども記載する。
- ・週間計画表に記載されていない継続的な支援、サービスについて記載する。(例：権利擁護事業やボランティアや民生委員、近隣による見守り等)
- ・利用者の状態や環境が変化することによって一時的に必要となるサービスについて記載する。
- ・利用者が自ら選んで実施している「主な日常生活上の行動」と異なり、相談支援専門員や市町村行政担当者、サービス提供事業者等が手配しているものを記載する。

【サービス提供によって実現する生活の全体像】

- ・サービス等利用計画を作成し、障害福祉サービスを提供することによって利用者はどのような生活を目指すのか、中立・公平な視点で、相談支援専門員の専門職としての総合的判断を記載する。
- ・計画作成の必要性、サービス提供の根拠が客観的に分かるよう、明快かつ簡潔に記載する。(例：支援の必要性は障がい起因するのか、介護者の状態に起因するのか、地域の環境要因に起因するのか等)
- ・利用者、家族、関係機関等からの情報にはないが相談支援専門員として気になる点、注目すべき点、必須と考える事項等について記載する。

(4) 別紙1：申請者の現状（基本情報）

◎概要(支援経過・現状と課題等)

- ・これまでの相談・支援経過および現状、ニーズについて具体的に記載する。
- ・これらを踏まえた今後の取り組み等について具体的に記載する。
- ・相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成する前に基本相談として、本人、家族、関係機関等と十分な情報共有を行うとともに、信頼関係をつくり、計画作成に向けての見立てを誤らないように心掛けて作成する。

◎利用者の状況

【家族構成】

- ・利用者を中心として、家族・親族の構成（ジェノグラム）を記載する。
- ・男性は□、女性は○で表す。

- ・利用者は二重囲いにする（回、◎）。
- ・原則として、年長者、男性を左に配置する。
- ・死去は、黒で塗りつぶす（■、●）。
- ・婚姻関係は一（横線）、離婚は一（横線）を斜めの2本線（//）で切る。
- ・同居の範囲を、実線で囲む。
- ・年齢、職業、主たる介護者、キーパーソン等、利用者を取り巻く家族環境として重要な情報を追記する。

【社会関係図】

- ・利用者を中心として、支援にかかわる関係機関、関係者図（エコマップ）を記載する。
- ・公的機関だけでなくインフォーマルで関わりのある資源も記載する。
- ・強い関係は一（太い実線）、普通の関係は一（細い実線）、弱い関係は…（点線）で表す。
- ・ストレスや葛藤の関係は、×××で表す。
- ・働きかけの方向を→（矢印）で表す。

【生活歴】

- ・受障歴、発症歴、受診歴などについて記載する。
- ・生活歴は、現在の状況に関連している情報に焦点を当てて記載する。

【本人の主訴（意向・希望）】

- ・生活課題等から整理された主訴等を簡潔に記載する。
- ・利用者の抱えている課題ではなく、利用者の意向・希望（～したい）を記載する。（例：同じ障がいのある仲間と交流したい、月2回の通院時に手伝ってほしい等）
- ・できるだけ利用者本人の言葉や表現で記載する。家族や関係機関から聞き取って記載する際は、誰からの情報であるかとそれが利用者本人の主訴であると相談支援専門員が判断した根拠も記載する。
- ・利用者が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子や利用者にとっては慣習的になっているため気付いていないことも含めて観察して記載する。

【家族の主訴（意向・希望）】

- ・誰の主訴かを記載する。
- ・必要に応じて家族の生活、介護や経済面での負担、人間関係等を記載する。

◎支援の状況

【公的支援（障害福祉サービス、介護保険等）】

- ・国、地方公共団体が主体となって実施している公的支援について記載する。
- ・障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス、地域生活支援事業、自立支援医療、介護保険サービス、権利擁護事業（成年後見制度、日常生活自立支援事業）等、現在利用している公的なサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。
- ・公的年金（障害年金等）、各種手当、生活保護の受給状況についても記載する。

【その他の支援】

- ・民生委員や近隣住民による見守り、ボランティア等のインフォーマルサービスについて、提供機関・提供者、支援内容、頻度を記載する。

(5) 別紙 2：申請者の現状（基本情報）【現在の生活】

- ・「計画様式 1 - 3 週間計画表」に準じる。

2 サービス等利用計画、障害児支援利用計画（様式 2）

- ・上記 1 「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案」（計画様式 1）に準じる。
- ・計画様式 1 に記載の項目に加え、次の項目について記載する。

(1) 計画様式 2 - 1

【利用者負担上限額】

- ・障害福祉サービス受給者証に記載されているとおりに記入する。

◎サービス担当者会議

【会議実施日】

- ・サービス提供事業者や関係機関との担当者会議を実施した日を記入する。（開催しなかった場合には、意見を聴取した日を記入）

【会議出席者】

- ・事業者や関係機関の名称と、出席した担当者名を記入する。（開催しなかった場合には、意見を聴取した事業者や関係機関、担当者名を記入）

(2) 計画様式 2 - 2

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

【提供事業者名（担当者名・電話）】

- ・サービスを提供する事業者名、担当者名、電話番号を記入する。

3 モニタリング報告書（計画様式 3）

【モニタリング実施日】

- ・モニタリング実施日を記入する。

【作成日】

- ・モニタリング報告書を作成した日を記入する。

【利用者同意署名欄】

- ・利用者（利用者が児童の場合は保護者）に署名してもらう。

【利用者氏名】【受給者番号】【障害支援区分】【利用者負担上限額】

- ・障害福祉サービス受給者証に記載されているとおりに記入する。

【相談支援事業者名】

- ・利用契約を締結した相談支援事業者名（法人名ではなく、「事業者名」を記入）

【計画作成担当者名】

- ・計画を作成した担当者を記入する。

【総合的な援助の方針】

- ・計画様式 2-1 「サービス等利用計画・障害児支援利用計画」に記載した総合的な援助の方針を転記する。

【全体の状況】

- ・総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の生活実態・支援による利用者の自立度・生活環境の変化等を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載する。
- ・より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議を開催し、利用者と関係機関等が一堂に会して評価することが必要である。

◎モニタリング結果

以下のような点についてモニタリングを実施し、結果を記載する。

- * サービス等利用計画通りにサービスが提供されているか。
- * 総合的な援助の方針で想定した利用者の生活が実現しているか。
- * 解決すべき課題（本人のニーズ）が解決し、短期目標、長期目標で掲げた状態に近づいているか。
- * サービスの内容について利用者は満足しているか、不満や改善してほしいことはないか。
- * 期間中に新たな課題が生まれていないか。

【支援目標、達成時期】

- ・計画様式 2-1 「サービス等利用計画」に記載した支援目標、達成時期を転記する。

【サービスの提供状況】

- ・サービス提供の内容、頻度、事業者としての意見等について、サービス提供事業者から聞き取り、記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

【本人の感想・満足度】

- ・利用者の感想・満足度は、できるだけ利用者の言葉や表現で記載する。
- ・前記の聞き取りについて、「いつ」「誰に」「どのように」確認したか記載する。

【支援目標の達成度、今後の課題・解決方法】

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、サービス等調整会議で支援目標の達成度について関係者全員で評価した結果を記載する。
- ・未達成の支援目標については、サービス等調整会議において今後達成するための具体的な方策を検討する。

【計画変更の必要性、その他留意事項】

- ・利用者、サービス提供事業者からの聞き取りや相談支援専門員としての見立てを踏まえ、利用者ニーズ、関係機関の支援、ライフステージ等に変化がないかを確認し、計画変更の必要性についてサービス等調整会議において評価し、その結果を記載す

- る。
- ・計画変更の必要性がある場合、サービス種類・サービス量・週間計画の何を変更するか確認し、留意事項に具体的な変更内容を記載する。
 - ・新たな課題が生まれた場合、サービス種類・量の変更を検討する。また、留意事項に新たな課題に対応した支援目標の追加理由、具体的なサービス種類・量の変更概要について記載する。
 - ・支援目標が達成されていない場合、現在利用しているサービスの事業者の変更等も検討する。
 - ・タイミングを見ながら、本人の強みを活かした自立に向けての支援に切り替えていく。また、スケジュール変更に当たっては、一貫性を欠くことのないように、必要に応じて、別途、支援方法の統一を図るためのサービス等調整会議を開催する。

申請者の現状(基本情報) (別紙1)

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

--

2. 利用者の状況

氏名		性別		生年月日		年齢		電話又はFAX番号	
住所	持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他()								
障害または疾患名		障害者手帳(種別・等級)		援護地		障害支援区分			
経済状況	(収入)		(年金)		(手当)				
保護者または緊急連絡先	(氏名)		(続柄)		(電話番号)				
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入					社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)				
生活歴 ※受診歴等含む						医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等			
						健康保険()			
本人の主訴(意向・希望)					家族の主訴(意向・希望)				

3. 支援の状況

	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考(担当者・連絡先)
公的支援 (障がい福祉サービス等)					
その他の支援					

申請者の現状（基本情報）【現在の生活】（別紙２）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00							週単位以外のサービス	
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式1-1）

きくせいび 作成日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃ どうい しょうらいらん 利用者同意署名欄
--------------	-----------	---------	---------	---------	-------------------------------

りようしゃ しめい 利用者氏名	しょうがいしえん 障害支援	えん 円	そうだんしえん じぎょうしゃめい 相談支援事業者名
じゆきゆうしゃばんごう 受給者番号	くぶん 区分		けいかく きくせい たんとうしゃ めい 計画作成担当者名
			でんわ 電話

◎利用者との面接

めんせつび 面接日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃいがい めんせつしゃ 利用者以外の面接者	りようしゃ かぞく 利用者の家族（	た その他（
めんせつび 面接日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	りようしゃいがい めんせつしゃ 利用者以外の面接者	りようしゃ かぞく 利用者の家族（	た その他（

◎生活に対する意向、援助方針

りようしゃおよ 利用者及びその かぞく せいかつ 家族の生活に たい いこう 対する意向	
そうごうてき えんじよ ほうしん 総合的な援助の方針	
ちようきもくひよう 長期目標	
たんきもくひよう 短期目標	

◎モニタリングの期間

<input type="checkbox"/> まいつきじっし 毎月実施	しきゅう きかん かいし つき 支給期間開始月から げつ か月
<input type="checkbox"/> つき 月ごとに1回実施	

区保健福祉部受理日	令和 年 月 日	福祉支援 保健支援 担当者	
-----------	----------	------------------	--

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式1-2）

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

<small>ゆうせん 優先 順位</small>	<small>かいけつ 解決</small> <small>かだい 課題</small> <small>ほんにん 本人の</small> ニーズ	<small>しえんもくひょう 支援目標</small>	<small>たっせいじき 達成時期</small>	<small>ふくし 福祉サービス等</small> の種類、 <small>しゆるい 内容</small> 、 <small>ないよう 量</small>	<small>かだいかいけつ 課題解決のための</small> <small>ほんにん 本人の</small> 役割	<small>ひようかじき 評価時期</small>	<small>たりにゅうじこう その他留意事項</small>
1							
2							
3							

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（計画様式1-3）

しゅうか4けいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも 主な 日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

ていきょう じつげん サービス提供によって実現す せいかつ ぜんたいざう る生活の全体像	
---	--

セルフプラン 記載の手引き

◎セルフプラン①

- 1 利用者氏名**
サービス等を利用される方のお名前を記載します。
- 2 受給者番号・障害支援区分**
障害福祉サービス等の受給者証に記載されているとおりに記載します。
なお、新たに支給決定を受ける方で受給者証が交付されていない場合や、障害支援区分が認定されていない場合は、記載は不要です。
- 3 生年月日**
サービス等を利用される方の生年月日を記載します。
- 4 連絡先電話番号**
セルフプランを作成された方の連絡先を記載します。
- 5 計画作成日**
セルフプランを作成した日を記載します。
- 6 作成補助者（または保護者）**
保護者の方や支援者の方の補助によりセルフプランを作成した場合には、補助者のお名前を記載します。
- 7 生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど**
「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」という生活の希望や目標を記載します。
- 8 これから利用したいサービス**
このたび申請したサービス等に、チェック（）を入れます。
当てはまるものが無い場合には、「その他」欄に記載します。
- 9 目標**
サービス等を利用することによる、当面の短期的な目標を記載します。

10 利用回数

申請したサービス等のおおよその利用回数を記載します。

11 【必須】次のいずれかに必ずチェックとご記入をお願いします。

- (1) セルフプラン提出後に「サービス等利用計画(案)等」の作成を相談支援事業所に依頼したい(している)場合
一つ目(上)の□にチェック(☑)を入れ、相談支援事業所名を記載します。
- (2) 相談支援事業所に依頼希望はなく、セルフプランを自分で作成し、提出する場合
二つ目(下)の□の記載内容を確認のうえ、チェック(☑)を入れてください。

◎セルフプラン②

(作成可能な場合に記入してください。)

1 週間計画表

1週間の生活の流れを記載します。

起きてから寝るまでの一日の生活の流れについて、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間、家族や近隣、ボランティア等が支援している時間もできる限り切れ目なく記載してください。

2 週単位以外のサービス

- (1) 不定期に利用しているサービス等について記載します。
(例：短期入所、住宅改修、通院状況や社会参加等)
- (2) 医療機関への受診状況なども記載します。
- (3) 一時的に必要なとなるサービス等について記載します。

3 福祉サービス提供事業所

利用する事業所が決まっている場合、記載します。

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）

利用者氏名	障害支援	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号	区分	計画作成日	令和	年	月	日	作成補助者（または保護者）		

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、 目標など

◎これから利用したいサービス

日中活動	共同	住まい	その他	目標	利用回数 (利用回数)
<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 共同生活援助【体験利用】 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	目標： 週・月 回	週・月 回
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 共同生活援助【体験利用】 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	目標： 週・月 回	週・月 回	
<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	目標： 週・月 回	週・月 回	
<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	目標： 週・月 回	週・月 回	

【必須】 次のア・イのいずれかに必ずチェックしてください。また、イにチェックした場合は、利用者確認欄に署名をお願いします。

ア 私はこのセルフプラン提出後、相談支援事業所に「サービス等利用計画(案)等」の作成を依頼します。又は、すでに依頼しています。
 依頼したい(している)相談支援事業所名： _____

イ 私は障害福祉サービス等を利用するにあたり、「サービス等利用計画(案)等」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、「セルフプラン」を提出します。

なお、セルフプラン提出に関しては、自分でサービスを調整することや、相談支援事業所からモニタリング(定期的な訪問し、サービスの利用状況を確認する)が受けられないなど、制度の内容を理解し、又は説明等を受けています。

利用者確認欄(署名)

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。

区保健福祉部受理日	令和 年 月 日	福祉支援 保健支援 担当者
-----------	----------	------------------

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）

しゅうか^{しゅうか}けい^{けい}かく^{かく}ひょう^{ひょう}
 ◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたん ^{しゅうたん} い ^い が ^が い ^い 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								ふくし ^{ふくし} サービス ^{サービス} 提供 ^{ていき} 事業 ^{ぎやう} 所 ^{じょ}
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								※事業 ^{ぎやう} 所 ^{じょ} が ^き 決 ^き ま ^ま つ ^つ て ^て い ^い る ^る 場 ^ば 合 ^あ 、 ^あ い ^い き ^き に ^に ゆう ^{ゆう} し ^し て ^て く ^く だ ^だ さ ^さ い
4:00								

セルフプラン②(週間計画表)が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。(作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。)

【記載例】 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）

時間	月	火	水	木	金	土	日	サービス
4:00								週単位以外のサービス
5:00								移動支援（月1回、日曜日に映画館や買い物に行く。） 家族と過ごす（外出等） ※月1回、映画館や買い物に行く。 福祉サービス提供事業所 就労支援センター△ △ 居宅介護事業所□□ □ ※事業所が決まっている場合、記入してください
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

標準的な週間計画をご記入ください

就労移行支援

就労移行支援

就労移行支援

就労移行支援

就労移行支援

居宅介護（家事援助）

家族と過ごす（外出等）

※月1回、映画館や買い物に行く。

福祉サービス提供事業所

就労支援センター△

△

居宅介護事業所□□

□

※事業所が決まっている場合、記入してください

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）

計画相談支援給付費等支給申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名			年 月 日
	個人番号			
	居住地	〒		
		電話番号		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	
	氏名			年 月 日
	個人番号		続柄	
受給者証番号				
給付費の種類		<p>利用する給付費に「レ」をつけてください。(障害福祉サービスと障害児通所支援の両方のサービスを利用する場合は、「障害児相談支援給付費」に「レ」をつけてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 計画相談支援給付費(障害福祉サービス又は地域相談支援を利用する場合)</p> <p><input type="checkbox"/> 障害児相談支援給付費(障害児通所支援を利用する場合)</p>		

届出者 (※申請者と同一の場合は記入不要です。)

届出者	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	住所	〒		
		電話番号		

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

計画相談支援等 依頼（変更）届出書

（あて先） 札幌市 区保健福祉部長

令和 年 月 日

次のとおり、指定特定（障害児）相談支援事業者に計画相談支援又は障害児相談支援を依頼（変更）することを届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	〒	電話番号				
フリガナ			生年月日	年	月	日
支給決定に係る児童氏名			続柄			
受給者証番号						
計画相談支援等 （変更）する事業者	事業者の事業所名					
	事業者番号					
	事業所の所在地	電話番号				
	事業者を変更する場合の事由等	<p style="text-align: center;">（事業者を変更する場合のみ記入してください）</p> <p style="text-align: right;">変更年月日（令和 年 月 日付）</p>				

届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

（注意）

- 1 この届出書は、計画相談支援等を依頼する事業者が決まり次第、速やかに、区保健福祉部へ提出してください。
- 2 計画相談支援等を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、区保健福祉部に提出してください。届出のない場合は、計画相談支援給付費又は障害児相談支援給付費を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

計画相談支援等 契約内容報告書

〒 札幌市 区
区保健福祉部長 様

事業者番号														
事業者及びその事業所の名称 代表者														

下記のとおり、当指定特定（障害児）相談支援事業者と計画相談支援又は障害児相談支援対象障害者（保護者）との計画相談支援又は障害児相談支援の利用契約について、報告いたします。

記

報告対象者

受給者証番号															
認定障害者（保護者）氏名											認定に係る 児童氏名				

契約締結の報告

契約期間始期	令和 年 月 日
--------	----------

契約内容変更の報告

変更後の 契約期間始期	令和 年 月 日	変更理由		
----------------	----------	------	--	--

契約終了の報告

契約期間終期	令和 年 月 日	終了理由		
--------	----------	------	--	--

障害福祉サービス等支給決定情報提供申出書

年 月 日

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

私は、下記により障害福祉サービス等の支給決定に係る資料の提供等について申し出ます。
 なお、資料の提供等を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約します。

申 出 者 欄	氏 名		住 所	〒
	事業者 名 称			
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 () <input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業者			

受 給 者 欄	受 給 者 番 号			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒		
	児 童 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	年 月 日
提供等 資料欄	<input type="checkbox"/> 市町村審査会資料 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 概況調査票 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 審査会議事録 <input type="checkbox"/> 判定書 <input type="checkbox"/> 心理判定書 <input type="checkbox"/> 医学的判定書 <input type="checkbox"/> 勘案事項整理票			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し提供

【本人同意欄】 ※本人が申出者である場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、上記資料について、申出者が提供等を受けることに同意します。

- 私の代理人 ()
- 私と契約を締結した指定障害福祉サービス事業者・指定障害児通所支援事業者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者
- 私と契約締結予定の指定障害福祉サービス事業者・指定障害児通所支援事業者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者

本人署名 _____

利用者負担上限額管理事務依頼等届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
フリガナ			
支給決定に係る障がい児氏名		利用者生年月日	
フリガナ		年 月 日	
サービス種類	障害福祉サービス ・ 障害児通所支援		
依頼種別	新規 ・ 変更 ・ 辞退		
	適用年月: 年 月		
変更・辞退の理由			
	変更・辞退前の事業所への連絡(□済 □未)		
※以下、辞退の場合は記載不要			
利用者負担上限額管理を依頼した事業者			
<p>上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p>上限額管理事業者番号 <input type="text"/></p>			
(提出先)			
区保健福祉部長 様			
<p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p>			
<p>1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、区保健福祉課へ提出してください。</p> <p>2 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するとき、上限額管理を辞退するときは、適用年月を記入のうえ、区保健福祉課へ提出してください。</p> <p>3 この届出書の提出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。</p>			

利用者負担上限額管理結果票

	年		月分
--	---	--	----

市町村番号										
受給者証番号										
支給決定障害者等氏名										
支給決定に係る障がい児氏名										

	指定事業所番号									
管理事業者	事業者及びその事業所の名称									

利用者負担上限月額					
-----------	--	--	--	--	--

利用者負担上限額管理結果

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			
	総費用額																			
	利用者負担額																			
	管理結果後利用者負担額																			

利用者負担額集計・調整欄	項番																			合計	
	事業所番号																				
	事業所名称																				
	総費用額																				
	利用者負担額																				
	管理結果後利用者負担額																				

上記内容について確認しました。

年 月 日

利用者負担額一覧表

年 月 日

(提 供 先)

殿

下記のとおり提供します。

	年		月		分	
--	---	--	---	--	---	--

事業 者	指定事業所番号								
	住 所 (所在地)								
	電話番号								
	名 称								

項番	支給決定障害者等欄																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			
	市町村番号							/	/	/	総費用額									提供サービス
	受給者証番号										利用者負担額									
	氏名																			

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式2-2）

◎解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期など

優先 順位	解決すべき課題・本人のニーズ	支援目標	達成時期	福祉サービス等の種類、内容、量	提供事業者名 (担当者名・電話)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1								
2								
3								

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（計画様式2-3）

しゅうか^{しゅうか}けい^{けい}かく^{かく}ひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも 主な日常生活上の行動
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

しゅうたん^{しゅうたん}い^いがい^{がい}
週単位以外のサービス

サービス提供^{ていきょう}によって実現^{じつげん}する生活^{せいかつ}の全体像^{ぜんたいざう}

モニタリング報告書（継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助）（計画様式3）

	モニタリング実施日 <small>じっし び</small>	令和	年	が 月	に 日	作成日 <small>さくせい び</small>	令和	年	が 月	に 日	利用者同意署名欄 <small>りようしゃ どうい しよめいらん</small>	
利用者氏名 <small>りようしゃ しめい</small>		障害支援 <small>しょうがいしえん</small>			利用者負担 <small>りようしゃふたん</small>		円 <small>えん</small>		相談支援事業者名 <small>そうだんえん じぎょうしゃめい</small>			
受給者番号 <small>じゆきゆうしゃばんごう</small>		区分 <small>くぶん</small>			上限額 <small>じょうげんがく</small>				計画作成担当者名 <small>けいかく さくせい たんとしや めい</small>			でんわ 電話

総合的な援助の方針	全体の状況

優先順位 <small>ゆうせん じゆんい</small>	支援目標 <small>しえんもくひょう</small>	達成時期 <small>たっせい じき</small>	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り) <small>ていきょうきょうきょう じぎょうしゃ</small>	本人の感想・満足度 <small>ほんにん かんそう まんぞくど</small>	支援目標の達成度 (ニーズの充足度) <small>しえんもくひょう たっせいど</small>	今後の課題・ 解決方法 <small>こんご かだい かいけつほうほう</small>	計画変更の必要性 <small>けいかくへんこう ひつようせい</small>			その他留意事項 <small>た りゆういじこう</small>
							サービス 種類の変更 <small>サービス しゆるいへんこう 種類の 変更</small>	サービス 量の 変更 <small>サービス りょう へんこう 量の 変更</small>	計画 の変更 <small>しゅうかかく 週間計画 へんこう の 変更</small>	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	

区保健福祉部受理日	令和 年 月 日	福祉支援 保健支援 担当者	
-----------	----------	------------------	--

在園証明書

住 所 : _____

児童氏名 : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生

保護者氏名 : _____

上記の児童は、当施設に在園していることを証明いたします。

年 月 日

(施設設置者)

住所

施設名

施設長名

印

※ この証明書は、障害児通所支援の利用者負担に係る多子軽減の認定に当たり、札幌市が在園事実を確認するために求めているものです。

高額障害福祉サービス等給付費
 高額障害児通所給付費
 高額障害児入所給付費

 支給申請書

(宛先) 札幌市長

札幌市

区保健福祉部長

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて（高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児通所給付費・高額障害児入所給付費）の支給について申請します。

受給者証番号			
フリガナ 支給決定障害者等 (保護者)氏名		生年月日	年 月 日
個人番号			
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名		生年月日	年 月 日
居住地	〒 電話番号		
届出者氏名	本人との関係		
届出者住所	〒 電話番号		

同一世帯に属する他の	氏名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法 制度(①～③) 受給者証番号・被保険者証番号	
	個人番号			
支給決定障害者等の		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
利用月	年 月利用分			
本人分 負担金額合計	円			
世帯 負担金額合計	円			

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード	支店コード	1 普通	
			2 当座	
			3 その他	
	フリガナ			
口座名義人氏名				
名義人住所				

注 この申請書には、利用月分の領収書も併せて添付してください。

共同住居契約家賃額証明書

年 月 日

(あて先)札幌市 区保健福祉部長

事業者名
(契約者名)

代表者名


印

下記の者との間で、共同住居の利用に係る賃貸借契約を締結(している・する予定である)ことを次のとおり証明いたします。

事業所番号	
事業所名	
受給者番号	
利用者氏名	
共同住居名	
契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日
家賃額	円 (日割計算する場合は円/日)

※家賃額の欄には共益費、光熱水費等を含まない額を記載すること

担当者名	
連絡先	

障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
支給決定障害者等	住所 フリガナ 氏名 生年月日 性別
見直し	フリガナ 氏名 生年月日 性別
障害種別	
交付年月日	
支給市町村 名及び印	

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	

介護給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
予備欄	


見本

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
決定有効期間	
地域相談支援給付費の給付決定内容	
給付量	
決定有効期間	
サービス種別	
給付量	
決定有効期間	
予備欄	

計画相談支援給付費の支給内容	
決定有効期間	モニタリング期間
指定特定相談支援事業者氏名	指定特定相談支援事業者氏名
決定有効期間	モニタリング期間
指定特定相談支援事業者氏名	指定特定相談支援事業者氏名
利用者負担に関する事項	
利用者負担上限額管理対象者職員の者照	該当
利用者負担上限額管理事業者氏名	
特記事項	

利用者負担上限月額に関する事項	
利用者負担上限月額	
特定障害者特別給付費	
食事提供体制加算対象者	
適用年月日	
特記事項	
利用者負担上限月額	
特定障害者特別給付費	
食事提供体制加算対象者	
適用年月日	
特記事項	

特記事項	
注1: 経過措置	
注2: 災害時における人工的障害による身体障害者が行っている	
注3: 療養上のケア受給者	
注4: 重症心身障害者	
注5: 各市区町村等	
注6: 特別支援学校	
注7: 災害時における人工的障害による身体障害者	
注8: 被災者	
注9: 障害者生活支援センター	
注10: 児童発達支援センター	
注11: 児童発達支援センター	
注12: 児童発達支援センター	
注13: 児童発達支援センター	
注14: 児童発達支援センター	
注15: 児童発達支援センター	
注16: 児童発達支援センター	
注17: 児童発達支援センター	
注18: 児童発達支援センター	
注19: 児童発達支援センター	
注20: 児童発達支援センター	
注21: 児童発達支援センター	
注22: 児童発達支援センター	
注23: 児童発達支援センター	
注24: 児童発達支援センター	
注25: 児童発達支援センター	

通所支援受給者証	
受給者証番号	1234567890
通所給付地	札幌市豊平区旭町1丁目2番地3号 タクト・ズケイ・コ23号
フリガナ	サツキ クロウ
氏名	札幌 太郎
生年月日	昭和42年12月31日
性別	男
フリガナ	サツキ ハナ子
氏名	札幌 花子
生年月日	昭和55年 2月14日
性別	女
交付年月日	平成26年 6月22日
支給者町村名 及び印	札幌市豊平区 平岸6条10丁目 札幌市豊平区 011056 

通所給付決定の内容	
業 者 名	
業 者 種 別	
給付決定期間	平成26年 6月 1日～平成27年 5月31日まで
業 者 名	
業 者 種 別	
給付決定期間	
業 者 名	
業 者 種 別	
給付決定期間	
特記事項	※1: 申請承認済 ※2: 入所承認済 ※3: 所在地は別紙の添付

相談支援給付費の支給内容	
決定有効期間	
モニタリング回数	
相談支援事業所名	
決定有効期間	
モニタリング回数	
相談支援事業所名	
利用者負担に関する事項	
利用者負担上乗額管理対象者該当の有無	
利用者負担上乗額管理事業所名	
特記事項	

利用者負担上限月額に関する事項	
利用者負担上限月額	
食事提供別算対象者	
適用年月日	
特記事項	
利用者負担上限月額	
食事提供別算対象者	
適用年月日	
特記事項	
利用者負担上限月額	
食事提供別算対象者	
適用年月日	
特記事項	

見本

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
サービス内容	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
サービス内容	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
サービス内容	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日

通所支援事業者等記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
サービス内容	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日
事業者及びその事業所の名称	
契約期間	年 月 日
サービス内容	
契約支給額(円/月)	
事業者確認欄	
事業者確認済	年 月 日

ピアサポート体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
1 異動区分				
① 新規 ② 変更 ③ 終了				
<障害者又は障害者であった者>				
職種	氏名	研修の実施主体 及び委託先等の名 称	修了した研修の名称	
	常勤	非常勤	合計	
実人員	人	人	人	
常勤換算方法 による員数	人	人	人	(0.5以上であること)
<その他の職員>				
職種	氏名	研修の実施主体 及び委託先等の名 称	修了した研修の名称	
	常勤	非常勤	合計	
実人員	人	人	人	
常勤換算方法 による員数	人	人	人	(0.5以上であること)

- 備考 1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 研修を修了した職員は、<障害者又は障害者であった者>及び<その他の職員>それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。
ただし、令和6年3月31日までは<その他の職員>が配置されていなくても算定可能。
- 3 <障害者又は障害者であった者>の職種は、サービス管理責任者、地域生活支援員、地域移行支援従事者、地域定着支援従事者、相談支援専門員、計画相談支援に従事する者、障害児相談支援に従事する者
- 4 <その他の職員>の職種は、管理者、サービス管理責任者、地域生活支援員、地域移行支援従事者、地域定着支援員、相談支援専門員、計画相談支援に従事する者、障害児相談支援に従事する者、地域生活支援員、地域移行支援従事者、地域定着支援員、相談支援専門員、計画相談支援に従事する者、障害児相談支援に従事する者
- 5 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

計画相談支援・障害児相談支援における
機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(I) 2 (II) 3 (III) 4 (IV) ※

※機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

<p>① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 機能強化型(継続)サービス利用支援費の算定にかかる相談支援専門員の配置状況</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>常勤の相談支援専門員※</td> <td>計</td> <td>人</td> <td>内専従</td> <td>人</td> <td>内兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※ 機能強化型(継続)サービス利用支援費(IV)の場合は常勤でない相談支援専門員も含めて計上する。 ※ 業務に支障のない範囲で、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務している者を内兼務に計上する。 ※ 同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、その業務を兼務している場合も内専従に計上する。(以下も同様)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>上記のうち常勤専従かつ現任研修(※)修了者の人数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>(※) 主任研修修了者を含む。</p>	常勤の相談支援専門員※	計	人	内専従	人	内兼務	人	上記のうち常勤専従かつ現任研修(※)修了者の人数	人	有・無
常勤の相談支援専門員※	計	人	内専従	人	内兼務	人				
上記のうち常勤専従かつ現任研修(※)修了者の人数	人									
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有・無									
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無									
④ 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無									
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無									
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無									
⑦ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有・無									

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

計画相談支援・障害児相談支援における
機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書
(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(I) 2 (II) 3 (III) ※

※機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

<p>① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 機能強化型(継続)サービス利用支援費の算定にかかる相談支援専門員の配置状況(合計)</p> <table border="1"> <tr> <td>常勤の相談支援専門員※</td> <td>計</td> <td>人</td> <td>内専従</td> <td>人</td> <td>内兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※ 業務に支障のない範囲で、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務している者を内兼務に計上する。 ※ 同一敷地内にある事業所が指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定自立生活援助事業所の場合については、その業務を兼務している場合も内専従に計上する。(以下も同様)</p> <table border="1"> <tr> <td>上記のうち常勤専従かつ現任研修(※)修了者の人数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>(※) 主任研修修了者を含む。(以下も同様)</p> <p>それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況</p> <p>(1) 事業所名 (当該事業所)</p> <table border="1"> <tr> <td>常勤の相談支援専門員</td> <td>計</td> <td>人</td> <td>内専従</td> <td>人</td> <td>内兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>上記のうち常勤専従かつ現任研修修了者の人数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>(2) 事業所名 (他の事業所)</p> <table border="1"> <tr> <td>常勤の相談支援専門員</td> <td>計</td> <td>人</td> <td>内専従</td> <td>人</td> <td>内兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>上記のうち常勤専従かつ現任研修修了者の人数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること(別紙可)</p>	常勤の相談支援専門員※	計	人	内専従	人	内兼務	人	上記のうち常勤専従かつ現任研修(※)修了者の人数	人	常勤の相談支援専門員	計	人	内専従	人	内兼務	人	上記のうち常勤専従かつ現任研修修了者の人数	人	常勤の相談支援専門員	計	人	内専従	人	内兼務	人	上記のうち常勤専従かつ現任研修修了者の人数	人	有・無
常勤の相談支援専門員※	計	人	内専従	人	内兼務	人																						
上記のうち常勤専従かつ現任研修(※)修了者の人数	人																											
常勤の相談支援専門員	計	人	内専従	人	内兼務	人																						
上記のうち常勤専従かつ現任研修修了者の人数	人																											
常勤の相談支援専門員	計	人	内専従	人	内兼務	人																						
上記のうち常勤専従かつ現任研修修了者の人数	人																											
①-a 協働体制を確保する事業所間において、協定を締結している。	有・無																											
①-b 機能強化型サービス利用支援費算定の要件を満たしているかについて、事業所間において定期的(月1回)に確認が実施されている。	有・無																											
①-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、事例検討会を月2回以上共同開催している。	有・無																											
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に行っている。	有・無																											
③ 協働体制を確保する事業所全体として24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無																											
④ 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無																											
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無																											
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無																											
⑦ 運営規程において、地域生活支援拠点等であることを市町村により位置付けられていることを定めていること。	有・無																											
⑧ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)がそれぞれ40件未満である。	有・無																											

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

主任相談支援専門員配置加算に係る届出書(相談支援事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
修了者名	
公表の有無	有・無
公表の方法	

① 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的で開催している。	有・無
② 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無
③ 当該指定特定相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有・無
④ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無
⑤ 他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び一般相談支援事業所の従業者に対して上記①～③に該当する業務を実施している。 (任意。ただし、自事業所に他の職員が配置されていない等、①～③を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。)	有・無

※ 根拠となる修了証等の写しを別途添付すること。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

(審査要領)

- ①～④がすべて有の場合算定可。ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合であって④、⑤が有の場合、①～③は無であってもよい。

入院時情報提供書

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

提供先機関名 _____

利用者本人の概要

家 族 構 成 等				
生 活 歴				
病 歴 ・ 障 害 歴	年 月	事 項	年 月	事 項
医療機関利用状況				

現在の生活状況の概要(本人及び介護者の一日の流れ等)

利用者の状況(支援の有無と具体的な支援方法について)

1 生活基盤に関する領域(経済状況、住環境等)

2 健康・身体に関する領域(服薬状況、食事状況、健康管理状況)

3 日常生活に関する領域(日常生活動作・手段的日常生活動作の状況)

--

4 コミュニケーションスキルに関する領域
(意思表示・意思伝達的手段と必要な支援、他者から意思伝達の理解等)

--

5 社会生活技能に関する領域(対人関係、屋外での移動、金銭管理、危機管理等)

--

6 社会参加に関する領域(趣味、社会的活動等)

--

7 教育・就労に関する領域(就学・就労の状況について)

--

8 家族支援に関する領域

--

