

2. 区福祉事務所より送付するもの

		①	②	③	④
		新規申請時	区分認定後	支給決定後	更新申請時(※)
利用者宛	【17-2】サービス等利用計画案提出のご依頼	●			●
	【17-1】特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者依頼(変更)届出書	●			○
特定相談支援事業者宛	【17-3-1】サービス等利用計画案提出のご依頼(新規申請時)	●			
	【17-3-2】サービス等利用計画案提出のご依頼(更新申請時)				●
	【17-3-3】サービス等利用計画案提出のご依頼(区分認定後)		●		
	【17-3-4】サービス等利用計画案提出のご依頼(支給決定後)			●	

●必須提出、○必要に応じて送付

(※) 計画相談支援の既支給決定者のみ

更新時に計画相談支援を新規決定する場合は、「①支給決定前」

**特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者依頼（変更）届出書
セルフプラン届出書**

届出日 令和 年 月 日

下記のとおり、届出します。

なお、届出にあたっては、セルフプランについて、自らサービス調整を図ることや、モニタリングが実施されないなど、制度の内容を理解し、あるいは十分な説明を受けています。

受給者証番号											
支給申請 に係る障 害者 (児)	フリガナ					昭和	平成	年	月	日	
	氏名	印				生年月日	昭和	平成	年	月	日
	居住地	〒				電話番号 ()					
フリガナ						昭和	平成	年	月	日	
支給申請に係る 保護者氏名		印				生年月日	昭和	平成	年	月	日
						続柄					

<input type="checkbox"/> 下記の特定相談支援事業者にサービス利用計画の作成を依頼します 【新規・変更 (令和 年 月より)】	
事業所名	
所在地	電話番号 ()
<input type="checkbox"/> 下記の障害児相談支援事業者にサービス利用計画の作成を依頼します 【新規・変更 (令和 年 月より)】	
事業所名	
所在地	電話番号 ()
<input type="checkbox"/> セルフプランを作成します 【新規・変更 (令和 年 月より)】 (相談支援専門員に依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」による提出を希望します。)	
作成者名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ()

障害福祉サービスの利用を希望される方へ

区保健福祉部保健福祉課

サービス等利用計画案提出のご依頼

申請されたサービスをご利用いただくには、計画相談支援サービスの申請と、サービス等利用計画案（以下、利用計画案）の提出が必要となります。

下記のどちらかを選択いただき、必要書類をご提出ください。

※「サービス利用計画案」または「セルフプラン」の提出が無いと、障害福祉サービスをご利用いただけませんので、必ずご提出ください。

◆ 下記のものをご提出ください。（郵送可）

① 事業者へ依頼する場合

ご提出いただくもの（主なもの）※その他の書類が必要な場合があります	
<input type="radio"/>	印かん（認印）⇒郵送の場合は必要な箇所に押印してください。印かんは郵送不要。
<input type="radio"/>	サービス等利用計画案（アセスメント票等も添付）
	（介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費 特定障害者特別給付費）支給申請書・計画相談支援給付費支給申請書・利用者負担額減額・免除等申請書
	特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者依頼（変更）届出書 セルフプラン届出書

② ご自身で作成する場合

ご提出いただくもの（主なもの）※その他の書類が必要な場合があります	
<input type="radio"/>	印かん（認印）⇒郵送の場合は必要な箇所に押印してください。印かんは郵送不要。
<input type="radio"/>	セルフプラン
	（介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費 特定障害者特別給付費）支給申請書・計画相談支援給付費支給申請書・利用者負担額減額・免除等申請書
	特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者依頼（変更）届出書 セルフプラン届出書

【提出期限】 年 月 日

◆ 提出先及び問い合わせ先

神戸市 区保健福祉部保健福祉課
(福祉事務所)

電話

令和 年 月 日

〒*****

神戸市〇〇区〇〇〇〇〇〇〇〇〇

社会福祉法人〇〇〇〇 〇〇〇〇〇様

区保健福祉部保健福祉課

サービス等利用計画案提出のご依頼

平素は、神戸市障害福祉行政の推進にご協力いただき、ありがとうございます。
みだしの件につき、貴事業所の利用者が、障害福祉サービス更新申請時期になりますので、
下記の書類を提出期限までに提出してください。

- ◆ 対象者 (名前)
(住所)
(連絡先)
- ◆ 提出書類 (郵送可) ※その他の書類が必要な場合があります

○印のものを提出してください	
	(介護給付費 訓練等給付費 地域相談支援給付費 特定障害者特別給付費)支給申請書・計画相談支援給付費支給申請書・利用者負担額減額・免除等申請書【様式 1 号】
	モニタリング報告書兼モニタリング期間変更届【様式〇号】
	サービス等利用計画案【様式〇号】(アセスメント票等も添付)
	特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者依頼(変更)届出書 セルフプラン届出書【様式 17 号】

【提出期限】 年 月 日

- ◆ 提出先及び問い合わせ先

神戸市 区保健福祉部保健福祉課
(福祉事務所)
電話