

# 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 受給者番号		障害程度 区分		生年月日	年 月 日	令和 年 月 日	連絡先電話番号 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

◎これから利用したいサービス ◎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	
------------------------------------------------	--

利用状況	サービス内容	目標	(利用回数)
日常生活	<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 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<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 type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)	週・月 回
	共同生活介護 共同生活援助 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	週・月 回
住まい	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行支援 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	週・月 回
その他			

※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うことができます。

福祉事務所受理日	令和 年 月 日
----------	----------

# 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）

①週間計画表

時間	月	火	水	木	金	土	日	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								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
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。）