

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		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日（	歳）	
受給者番号		計画作成日	令和	年	月	日	作成補助者	本人との関係

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと、現在の生活全般の解決すべき課題など

希望する生活、目標など	
課題	

◎サービスの利用意向について□に(レ)を記入してください。

□現在のサービスを継続 □新規のサービスを希望 □現在のサービスを変更						
※「現在のサービスを継続」にチェックされた方は以下の欄は記入不要です。						
※「新規のサービスを希望」「現在のサービスを変更」にチェックされた方は以下の欄に記入をお願いします。						
希望する福祉サービス等			希望する時間数等	目標	達成時期	変更内容・理由等
日中活動	☐ 就労移行支援 ☐ 自立訓練(機能・生活) ☐ 就労定着支援 ☐ 児童発達支援 ☐ 就労選択支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 就労継続支援A型 ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 生活介護		日／月		☐ か月後 ☐ 年後	
	住まい	共同 ☐ 共同生活援助 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援 ☐ 療養介護	時間／月 時間／月 日／月		☐ か月後 ☐ 年後	
在宅 ☐ 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助) ☐ 重度訪問介護 ☐ 自立生活援助 ☐ 同行援護 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 短期入所 ☐ 行動援護 ☐ その他() ☐ 地域定着支援				☐ か月後 ☐ 年後		
その他						

※

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）

(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。※作成が難しい場合はセルフプラン①のみで結構です。

しゅうかんいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんにいがい 週単位以外のサービス
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
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								
24:00								