

サービス等利用計画案・児童支援利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名		障害支援		生年月日	昭和・平成	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号		区分		計画作成日	平成	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				目標：	(利用回数)
	<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）			しゅう づき 週・月 回
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		目標：	しゅう づき 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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 通院等介助・通院等乗降介助 <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		目標：	しゅう づき 週・月 回
その他					

サービスを利用するに当たり、支給決定において勘案される「サービス等利用計画（案）」を指定特定相談支援事業所に依頼するのでなく、自らの意思で「セルフプラン」により提出します。その際自らサービス調整を図ること、モニタリングが実施されないなど制度の内容を理解し、又は十分な説明等を受けています。

※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。

自立生活支援課受理日	平成 年 月 日	地区担当者	
------------	----------	-------	--

サービス等利用計画案・児童支援利用計画案（セルフプラン②）

しゅうか/げいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 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								
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。)