

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		障害支援区分		手帳(等級)	身・療・精	生年月日	年 月 日	連絡先電話番号	
受給者番号						計画作成日	年 月 日	作成補助者 または保護者	

◎希望する生活や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど	
希望する生活や 目標など	

◎利用したいサービス					
日中活動		☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ その他()	☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 自立訓練(生活・機能)	目標： (利用日数) 週・月 日	
	住まい	共同	☐ 共同生活援助 ☐ 施設入所支援 ☐ その他()	☐ 宿泊型自立訓練	目標： (利用日数) 週・月 日
		在宅	☐ 居宅介護(種類： ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ その他()	☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動援護 ☐ 地域定着支援	目標： (時間および日数) 週・月 時間 (1回あたり h)

<新規：特記事項>	
<更新等：サービス利用評価>	

受理日	令和 年 月 日	担当者	
-----	----------	-----	--

私は、障害福祉サービスを利用するにあたり、提出が必要な「サービス等利用計画案」または、「障害児支援利用計画案」について、相談支援事業所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。

申請者氏名
(保護者氏名) _____

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】

週間予定表は利用するサービスの種類や内容や量(時間)を記載する。

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうかん 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								

※サービスの種類や支給量は、この計画案のほか、障害支援区分や市役所での聞き取りの内容を踏まえて決定されます。