

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日	連絡先電話番号	－　－
利用者氏名 (児童氏名)							
障がい支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)・非該当	計画作成日	令和	年　月　日	計画作成者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
セルフプランの提出について	<input type="checkbox"/> 計画相談支援の制度の説明を受け、制度の内容を理解しました。 <input type="checkbox"/> 私は、制度の説明を受けたうえで、「セルフプラン」による申請を希望します。						
希望する生活(困っていることなど)							
目標					いつまでに (目標時期に☑)	<input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> その他 ()	

【更新】 現在利用しているサービス内容を変更せず、全てそのまま利用したい。(下記及び裏面の記入不要)

※学校等や通所先、生活状況や体調等に変化がある、もしくは支給量やサービスの変更希望等がある場合は記入が必要です。

利用する福祉サービス等						
種類(サービス名に☑)		利用量	利用する事業所	種類(サービス名に☑)	利用量	利用する事業所
日 中 活 動	□就労移行支援	日/月		□身体介護	時間/月	
	□就労選択支援	日/月		□家事援助	時間/月	
	□就労継続支援A型	日/月		□通院介助	時間/月	
	□就労継続支援B型	日/月		□乗降介助	回/月	
	□就労定着支援	日/月		□行動援護	時間/月	
	□生活介護	日/月		□同行援護	時間/月	
	□自立訓練(生活訓練・機能訓練)	日/月		□重度訪問介護	時間/月	
	□児童発達支援	日/月		□短期入所	日/月	
	□放課後等デイサービス	日/月		□療養介護	日/月	
	□保育所等訪問支援	日/月		□地域移行支援・地域定着支援		
住 ま い	□共同生活援助(グループホーム)	日/月		□日中一時・地域活動支援センタ-Ⅱ型	日/月	
	□施設入所支援	日/月		□移動支援	時間/月	
	□宿泊型自立訓練	日/月		□その他()		
その他留意事項						

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案【週間計画表】

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							起床
8:00							朝食
10:00							昼食
12:00							夕食
14:00							就寝
16:00							週単位以外のサービス (定期通院先等と頻度など)
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							