

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）

受理日令和 年 月 日 担当

※今回セルフプランを提出する理由について以下のいずれかに必ずチェックをお願いします。

☐セルフプランによるサービスの支給決定を希望するため。☐身近な地域に受けてくれる指定特定相談事業者がないため。

利用者氏名		生年月日	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 ☐中止

※「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」「中止」にチェックされた方は以下の欄に記入をお願いします。

日中活動		☐ 就労移行支援 ☐ 児童発達支援	目標	変更内容・理由等
		☐ 就労継続支援A型 ☐ 放課後等デイサービス		
		☐ 就労継続支援B型 ☐ （旧）医療型児童発達支援		
		☐ 就労定着支援 ☐ 就労選択支援		
		☐ 生活介護 ☐ 保育所等訪問支援		
		☐ 自立訓練（機能・生活）		
住まい	共同生活	☐ 共同生活援助 ☐ 宿泊型自立訓練		
	在宅	☐ 施設入所支援 ☐ 療養介護		
		☐ 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 ☐ 重度障害者等包括支援		
		☐ 同行援護 ☐ 行動援護		
		☐ 短期入所 ☐ 地域定着支援		
		☐ 自立生活援助 ☐ その他		

◎上記以外で利用しているサービス・これから利用したいサービスを記入してください。

その他		目標	内容

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

