

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	
-----	----------	----	--

別紙④

利用者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）	※太枠記入不要		
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。

<input type="checkbox"/> 現在のサービスを継続	<input type="checkbox"/> 新規のサービスを希望	<input type="checkbox"/> 現在のサービスを変更	<input type="checkbox"/> 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	目標	変更内容・理由等
<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"/> 自立訓練（機能・生活）	<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"/> 保育所等訪問支援	
共同 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護	
在宅 <input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） <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"/> 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	

◎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。

