

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記入例）

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。

いずれかに
チェックしてください

利用者氏名	枚方 花子	生年月日	年 月 日 (歳)			
受給者番号	987654321	計画作成日	令和元年 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	・自分の名前を言えるようになりたい	課題	・朝が起きれない
-----------------	-------------------	----	----------

◎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 ☐ 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）		目標 ・友達を作る ・一人でトイレに行けるようになる	変更内容・理由等 ・週2日利用 ・自宅、学校以外での体験を増やす
	住まい 共同 在宅	☐ 共同生活援助 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 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	・家以外で泊まれるようになる	・月2日利用 ・自宅、学校以外での体験を増やす

◎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	・移動支援	目標 ・フールで泳げるようになる	内容 ・月2日利用
-----	-------	---------------------	--------------

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

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）

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。※作成が難しい場合はセルフプラン①のみで結構です。

しゅうかんいかくひょう
◎週間計画表

	げ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅたんいいがい 週単位以外のサービス
0:00								・移動支援（月2回プールに行く） ・短期入所（月1回△△のショートステイを利用する）
1:00								
2:00								
3:00								
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	ほうかごろう 放課後等 事業所〇〇			ほうかごろう 放課後等 事業所〇〇				
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
24:00								