

# 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	平成 年 月 日	担当	
-----	----------	----	--

利用者氏名 りようしゃ しめい 利用者氏名	ひらかた はなこ 枚方 花子	せいねんがつび 生年月日	たいしょう しょうわ へいせい 大正・昭和・平成	ねん がつ にち ( さい) 年 月 日 ( 歳)	※太枠記入不要		
じゅきゆうしやばんごう 受給者番号	987654321	けいさくさくせいび 計画作成日	へいせい ねん がつ にち 平成 年 月 日	さくせいほじょしゅ 作成補助者	ほんにん 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

きぼう せいかつ 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。

<input type="checkbox"/> 現在のサービスを継続	<input checked="" 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	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 自立訓練（機能・生活）	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 保育所等訪問支援	目標	支援内容・理由等
日中 活動	<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 checked="" 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	・友達を作る ・一人でトイレに行けるようになる	・週2日利用 ・自宅、学校以外での体験を増やす
住まい	<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	・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
	<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 checked="" 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	・移動支援	目標	内容
		・プールで泳げるようになる	・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。

① 週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
0:00								
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								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
24:00								

・移動支援（月2回フェールに行  
く）  
・短期入所（月1回△△のショート  
ステイを利用する）

↑ ↓  
放課後等デイ  
事業所○○

↑ ↓  
放課後等デイ  
事業所○○