

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①）

利用者氏名	障がい支援区分	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	連絡先電話番号
受給者番号	なし・あり（区分1・2・3・4・5・6）	計画作成日	ねん がつ 日にち	作成補助者または保護者

◎生活の希望や目標、取り組みたいことなど

希望する生活や目標
(困っていることなど
も記入してください)

◎利用したい福祉サービス（サービス名に☑）

住まい	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介護・通院等乗降介助） <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"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	目標： 週・月 回
	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	目標： 週・月 回
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"/> 療養介護	<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"/> 自立訓練（機能・生活） <input type="checkbox"/> その他（ ）	目標： 週・月 回
	その他			週・月 回

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

市担当課受理日	年 月 日	担当者
---------	-------	-----

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②）

しゅうかんけいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	も 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうかんけい以外のサービス
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								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②週間計画表は、セルフプラン①と併せて提出してください。

【記載例】

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①）

利用者氏名	宇都宮 花子	障がい支援区分	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	連絡先電話番号	028-XXX-XXXX
受給者番号	1234567890	なし・有（区分1・2・ 3 ・4・5・6）	計画作成日	ねん がつ ち日	作成補助者または保護者	宇都宮 太郎

◎生活の希望や目標、取り組みたいことなど

希望する生活や目標 （困っていることなど も記入してください）	<ul style="list-style-type: none"> はや しょうしょく ・早く就職できるようになりたい。 きんきゅうじ りよう ・緊急時に利用できるサービスを確保したい
---------------------------------------	---

◎利用したい福祉サービス（サービス名に☑）

住まい	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介助・通院等乗降介助） <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"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	目標：緊急時に利用できるサービスを確保したい	（頻度・時間） しゅう づき かい 週・月 回 ひつよう おう 必要に応じて
	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	目標：	（利用日数） しゅう づき ち日 週・月 日
日中活動		<input checked="" 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"/> 療養介護	<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"/> 自立訓練（機能・生活） <input type="checkbox"/> その他（ ）	目標：就労に必要な知識および能力を身につけ一般企業に就職したい	（利用回数） しゅう づき かい 週・月 回
	その他	<input type="checkbox"/> 移動支援		散歩や余暇活動をしたい	

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

市担当課受理日	ねん がつ ち日 年 月 日	たんとうしゃ 担当者	
---------	-------------------	---------------	--

【記載例】

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②）

しゅうかんけいかくひょう
◎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
4:00								短期入所 (必要に応じて) 移動支援 (月1回, 日曜日に 映画館に行く)
5:00								
6:00	起床 (6:00)	起床 (6:00)	起床 (6:00)	起床 (6:00)	起床 (6:00)	起床 (6:00)	起床 (6:00)	
7:00	食事	食事	食事	食事	食事	食事	食事	
8:00								
9:00								
10:00	↑	↑	↑	↑	↑	↑ 通院・診察 デイケア	↑ 家族と過ごす	
11:00	就労支援	就労支援	就労支援	就労支援	就労支援			
12:00	センター	センター	センター	センター	センター	食事	食事	
13:00	○○○	○○○	○○○	○○○	○○○			
14:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
15:00								
16:00								
17:00								
18:00	食事	食事	食事	食事	食事	食事	食事	
19:00								
20:00								
21:00								
22:00	就寝 (22:30)	就寝 (22:30)	就寝 (22:30)	就寝 (22:30)	就寝 (22:30)	就寝 (22:30)	就寝 (22:30)	
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②週間計画表は、セルフプラン①と併せて提出してください。