

サービス等利用計画（セルフプラン）

利用者氏名			障害支援区分 (18歳以上)		生年月日		電話	
受給者番号	介護給付費（水色）		児童区分		計画作成日		作成 補助者 保護者	
	地域生活支援事業 (オレンジ)							

※生活の希望や目標

希望する生活目標	本人	家族
----------	----	----

※これから利用したいサービス

日中活動		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能) <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()	目標	利用したい事業所() 利用したい事業所()	利用回数 週・月 回 週・月 回	
	住まい	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他()	目標	利用したい事業所() 利用したい事業所()	利用回数 週・月 回
		在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介助・通院介助(身体有・無)・通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	目標	利用したい事業所() 利用したい事業所()	利用回数 週・月 回 週・月 回
			その他	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援(A型・B型) <input type="checkbox"/> その他()	目標	利用したい事業所() 利用したい事業所()

※この様式により難しい時はこの様式に準じた別の様式を使用することができます。

市確認者

サービス等利用計画（セルフプラン②）

週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
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								

- ・（ ）事業所 担当者（ ）
- ・（ ）事業所 担当者（ ）
- ・（ ）事業所 担当者（ ）