

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）

利用者氏名		障害支援		生年月日	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号		区分		計画作成日	年	月	日	作成補助者（または保護者）		

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、 目標など	
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

	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"/> その他（ ）	<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（生活・機能）	目標： 	(利用回数) しゅう・つき 週・月 かい 回
住 まい	共 同	<input type="checkbox"/> 共同生活介護 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	目標： 	しゅう・つき 週・月 かい 回
	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"/> 同行援助 <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"/> 行動援助 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	目標： 	しゅう・つき 週・月 かい 回
	そ の 他				

※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。

【記載例】 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）

利用者氏名	〇〇 〇子	障害支援 区分	／	生年月日	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号	1234567890			計画作成日	年	月	日	作成補助者（または保護者）	〇〇	〇男

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、 目標など	<p>お友達とコミュニケーションをとるのが苦手なので、お友達との関わり方を身につけ、楽しい保育園生活を送りたい。</p> <p>子育ての不安を解消し、楽しい家庭・地域生活を送りたい。（母）</p>
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

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"/> その他（ ）	<input checked="" 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（生活・機能）	目標： コミュニケーションをうまく取れるようになる。 そのために発達・療育支援を受ける。	(利用回数) ② 週・月 2 回
住 まい	共同生活介護 <input type="checkbox"/> 共同生活介護 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	目標： ①	週・月 ① 回
	在宅介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援助 <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"/> 行動援助 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	目標： 介護者（母）の体調不良時に預け先を確保する。	週・月 ①~2 回
その他	子育て支援サークルへの参加（母）		目標： 共通の悩みをもった仲間を見つける。	月 1 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用することができます。

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）

しゅうか/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	しゅうかん/い/が/い 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								

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。(作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。)

【記載例】 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）

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								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00		○○児童 発達支援			○○児童 発達支援			
11:00								
12:00								
13:00	●●保育園		●●保育園	●●保育園		●●保育園		
14:00								
15:00		●●保育園			●●保育園			たんき にゅうしょ つき かい ・短期入所（月1回
16:00								～2回）
17:00								こすだ しえん ・子育て支援サーク
18:00								ル（月1回）
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）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。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）