

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）

利用者氏名		障害程度		生年月日	昭和・平成	年	月	日	連絡先電話番号	-	-
受給者番号		区分		計画作成日	平成	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	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 その他（ ）	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 自立訓練（生活・機能） その他（ ）	目標：	（利用回数） 週・月 回
住まい	共同	共同生活介護 共同生活援助 その他（ ）	目標：	週・月 回
	在宅	居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） 重度訪問介護 同行援護 短期入所 その他（ ）	目標：	週・月 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。

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）

しゅうか/けいかく/ひょう
週間計画表

	げつ	か	すい	もく	きん	ど	にち	しゅうたんいいがい 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（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン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のみで結構です。）