

# 記入例

## 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）

私は、障害福祉サービス・障害児通所支援等を利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「サービス等利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思においてこのセルフプランを作成し、提出することを希望します。なお、指定特定相談支援事業者によるサービス調整やモニタリングが実施されないことについて承知しています。

利用者氏名 岩手 太郎	区分	生年月日 昭和平成 29年 2月 3日	連絡先電話番号 019 - 651 - 4111
受給者番号 ※新規申請の場合、未記入		計画作成日 令和〇年 4月 15日	作成補助者（または保護者） 岩手 花子

### ◎希望する生活や目標について

希望する生活 (又は、困っている事を どのようにしたいか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>色々な物事に興味を持ってもらいたい。</li> <li>自分でトイレに行けるようになってほしい。</li> <li>年相応の発達をしていけるようになってもらいたい。</li> <li>もっと発語が増えてほしい。</li> <li>運動の機会を作りたい。</li> <li>子育てに対する不安や負担を軽減したい。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分で出来ることを増やす。</li> <li>集中力を身に着ける。</li> <li>社会におけるルールを覚える。</li> <li>友達を作る。</li> </ul>

### ◎これから利用したいサービス

利用する事業所が決まっている場合、記入

		サービス内容・利用回数・事業所名					
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 (事業所名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 (月 10 日) (事業所名: 児童発達支援事業所〇〇〇 )					
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 (月 日) (事業所名: )					
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (月 日) (事業所名: )					
	<input type="checkbox"/> 生活介護 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 (月 日) (事業所名: )					
	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能) (事業所名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 (月 1 日) (事業所名: 児童発達支援事業所〇〇〇 )					
			<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 訪問入浴
住まい	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 (事業所名: )			
	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助) (時間/月・時間/回) (事業所名: )					
		<input type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護) (時間/月・時間/回) (事業所名: )					
		<input type="checkbox"/> 居宅介護 (通院介助) (時間/月) (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 短期入所 (月 日) (事業所名: )				
		<input type="checkbox"/> 同行援護 (時間/月) (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月) (事業所名: )				
		<input type="checkbox"/> 行動援護 (時間/月) (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 (事業所名: )				
		<input type="checkbox"/> 就労定着支援 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 地域定着支援 (事業所名: )				
その他	【就労定着支援の利用にあたっては、この欄に勤務先の「名称」、 「住所」 (勤務地)、 「勤務開始日」 を記載してください】						

※この様式が使いにくい時には、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②）

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
6:00	起床・朝食	起床・朝食			起床・朝食	起床・朝食		<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所はこれから探す予定</li> <li>・必要に応じて保育所等訪問支援を</li> </ul>
8:00	送り	送り			送り	自由時間 (家族と買い物 ・家で過ごす等)		
10:00	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                     児童発達支援 事業所 ○○○                 </div>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                     保育園(幼稚園)                 </div>	他の曜日と同じであれば矢印で伸ばしていただいて構いません。		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                     児童発達支援 事業所 ○○○                 </div>			
12:00						昼食		
14:00						自由時間 (家族と買い物 ・家で過ごす等)		
16:00	迎え	迎え			迎え			
18:00	帰宅	帰宅			習い事			
20:00	自由時間	自由時間			帰宅			
22:00	夕食	夕食			夕食	夕食		
0:00	入浴	入浴			入浴	入浴		
2:00	就寝	就寝			就寝	就寝		
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。）

# 記入例

## 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）

私は、障害福祉サービス・障害児通所支援等を利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「サービス等利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思においてこのセルフプランを作成し、提出することを希望します。なお、指定特定相談支援事業者によるサービス調整やモニタリングが実施されないことについて承知しています。

利用者氏名 岩手 太郎	区分	生年月日 昭和・平成 24年 2月 3日	連絡先電話番号 019 - 651 - 4111
受給者番号 ※新規申請の場合、未記入		計画作成日 令和〇年 4月 15日	作成補助者（または保護者） 岩手 花子

### ◎希望する生活や目標について

希望する生活 （又は、困っている事を どのようにしたいか）	<ul style="list-style-type: none"> <li>何かあった時の為に事業所を利用したい。</li> <li>自分で考えて、適切な行動が出来るようになってほしい。</li> <li>事業所に元気に通い、楽しく過ごしてほしい。</li> <li>人の話をちゃんと聞けるようになってほしい。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会性を身に着ける。</li> <li>感情のコントロールが出来るようになる。</li> <li>協調性を学ぶ。</li> <li>身の回りのことが一人で出来るようになる。</li> <li>宿題に自ら取り組めるようになる。</li> </ul>

### ◎これから利用したいサービス

		サービス内容・利用回数・事業所名				利用する事業所が決まっている場合、記入
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	(月 日)	(事業所名: )	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	(月 日)	(事業所名: )	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	(事業所名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	(月 23 日)	(事業所名: 放課後等デイサービス事業所△△△・□□□)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	(月 日)	(事業所名: )	
	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	(月 日)	(事業所名: )	
			<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター
住まい	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 (事業所名: )		
	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助)	(時間/月・時間/回)	(事業所名: )		
		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護)	(時間/月・時間/回)	(事業所名: )		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護 (通院介助)	(時間/月)	(事業所名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 (月 日)	(事業所名: )
		<input type="checkbox"/> 同行援護	(時間/月)	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 (時間/月)	(事業所名: )
		<input type="checkbox"/> 行動援護	(時間/月)	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	(事業所名: )
		<input type="checkbox"/> 就労定着支援	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	(事業所名: )	
その他	【就労定着支援の利用にあたっては、この欄に勤務先の「名称」、 「住所」 (勤務地)、 「勤務開始日」 を記載してください】					

※この様式が使いにくい時には、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②）

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス	
			※月曜と同じ	※火曜と同じ	※火曜と同じ			・月、水…放課後等デイサービス△△△を ・火、木、金…放課後等デイサービス□□□ 利用 ・必要に応じて日中一時を利用	
6:00	起床・朝食	起床・朝食				起床・朝食	起床・朝食		
8:00	登校	登校				自由時間	自由時間		
10:00	学校	学校				(家族と買い物, 家で過ごす等)	(家族と買い物, 家で過ごす等)		
12:00									
14:00							昼食		昼食
16:00									自由時間
18:00	放課後等デイサービス事業所△△△	放課後等デイサービス事業所				帰宅			
20:00	帰宅	帰宅				自由時間			
22:00	夕食	夕食				夕食	夕食		
0:00	宿題・自由時間	宿題・自由時間				宿題・自由時間	宿題・自由時間		
2:00	入浴	入浴				入浴	入浴		
4:00	就寝	就寝				就寝	就寝		

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。）

# 記入例

## 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）

私は、障害福祉サービス・障害児通所支援等を利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「サービス等利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思においてこのセルフプランを作成し、提出することを希望します。なお、指定特定相談支援事業者によるサービス調整やモニタリングが実施されないことについて承知しています。

利用者氏名 岩手 太郎	区分	生年月日 昭和平成 24年 2月 3日	連絡先電話番号 019 - 651 - 4111
受給者番号 ※新規申請の場合、未記入		計画作成日 令和〇年 4月 15日	作成補助者（または保護者） 岩手 花子

### ◎希望する生活や目標について

希望する生活 (又は、困っている事を どのようにしたいか)	<ul style="list-style-type: none"> <li>何かあった時の為に事業所を利用したい。</li> <li>自分で考えて、適切な行動が出来るようになってほしい。</li> <li>事業所に元気に通い、楽しく過ごしてほしい。</li> <li>人の話をちゃんと聞けるようになってほしい。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会性を身に着ける。</li> <li>感情のコントロールが出来るようになる。</li> <li>協調性を学ぶ。</li> <li>身の回りのことが一人で出来るようになる。</li> <li>宿題に自ら取り組めるようになる。</li> </ul>

### ◎これから利用したいサービス

		サービス内容・利用回数・事業所名				利用する事業所が決まっている場合、記入
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	(月 日)	(事業所名: )	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	(月 日)	(事業所名: )	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	(事業所名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	(月 23 日)	(事業所名: 放課後等デイサービス事業所△△△)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	(月 日)	(事業所名: )	
	<input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	(月 日)	(事業所名: )	
			<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 移動支援	<input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター
住まい	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 (事業所名: )	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 (事業所名: )		
	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助)	( 時間/月・ 時間/回 )	(事業所名: )		
		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護 (身体介護)	( 24 時間/月・ 1 時間/回 )	(事業所名: 訪問介護事業所×××)		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護 (通院介助)	( 時間/月 )	(事業所名: )	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 (月 3 日)	(事業所名: 短期入所事業所☆☆☆)
		<input type="checkbox"/> 同行援護	( 時間/月 )	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 ( 時間/月 )	(事業所名: )
		<input type="checkbox"/> 行動援護	( 時間/月 )	(事業所名: )	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	(事業所名: )
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 (事業所名: )		<input type="checkbox"/> 地域定着支援 (事業所名: )			
その他	【就労定着支援の利用にあたっては、この欄に勤務先の「名称」、 「住所」 (勤務地)、 「勤務開始日」 を記載してください】					

※この様式が使いにくい時には、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②）

②週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
								・必要に応じて日中一時，短期入所を利用
6:00	起床・朝食					起床・朝食		
8:00	登校					自由時間 (家で過ごす)		
10:00	学校							
12:00						昼食		
14:00						自由時間 (外で遊ぶ)		
16:00	放課後等デイサービス事業所△△△					帰宅		
18:00	帰宅					自由時間		
20:00	夕食					夕食		
22:00	宿題・自由時間					宿題・自由時間		
0:00	入浴					入浴		
2:00	就寝					就寝		
4:00								

他の曜日と同じであれば矢印で伸ばしていただいて構いません。

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。）