

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 | | 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 | | | | 計画作成日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 作成補助者（または保護者） | | |

◎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) | |
| 目標 | |

◎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 | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 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 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 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 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 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。）