

利用者氏名		生年月日	平成 令和	年	月	日	作成者 または 保護者		電話番号	
受給者番号		障がい程度 区分	有・無 (区分1・2・3・4・5・6)			複数事業所 の利用	☐ 有の場合✓	事業所間連携加算 確認書の提出	☐ 有の場合✓	

申請者同意欄	私は、支給決定において勘案される「利用計画」について、相談支援事業所に「障がい児支援利用計画案」の作成を依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」を提出します。また、セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、相談支援事業所のモニタリングが実施されないことなど、制度の内容を理解しています。<u>(同意される場合、右欄の□へ✓を記入してください。)</u>	制度の内容を理解し、セルフプランを提出します。 ☐ (←✓を記入してください。)
--------	--	---

◎生活の希望や目標、取り組みたいことなど

希望する生活や目標 (困っていることなど も記入してください)	
---------------------------------------	--

◎利用したい福祉サービス（サービス名に☑）

住まい	在宅	☐ 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介助・通院等乗降介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ）	☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動援護 ☐ 地域定着支援	目標：	（頻度・時間） 週・月 回
	共同	☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助 ☐ その他（ ）	☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援	目標：	（利用日数） 週・月 日
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 ☐ 自立訓練（機能・生活） ☐ その他（ ）	☐ 児童発達支援 ☐ 居宅訪問型児童発達支援 ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援	目標：	（利用回数） 週・月 回

◎ 裏面も必ずご記入ください。

※この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

市担当課受理日	令和 年 月 日	担当者	
---------	----------	-----	--

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案（セルフプラン②）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	長期休暇時の利用
4:00								
5:00								
6:00				6				
7:00								
8:00								
9:00				9				
10:00								
11:00								
12:00				12				
13:00								
14:00								
15:00				15				
16:00								
17:00								
18:00				18				
19:00								
20:00								
21:00				21				
22:00								
23:00								
0:00				0				
1:00								
2:00								
3:00				3				
4:00								