

◎利用したい福祉サービス（サービス名に☑）※支給決定期間における <u>短期目標</u> を記入				
住まい	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介助・通院等乗降介助） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <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"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	目標：  週・月 回
	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：  週・月 日
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"/> 自立訓練（機能・生活） <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	目標：  週・月 回

◎ 裏面も必ずご記入ください。

※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。

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

御記入後、市への提出及びこの用紙をコピーしたものを利用事業所と共有してください。

## 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 ※週間計画表におけるサービス利用回数と表面の利用回数が同一になるように記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日	長期休暇時の利用
4:00								週・月回 利用時間 : ~ :
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								

※ 月21～23回利用の場合、週5回の利用計画を記入。同様に、月16～20回→週4回  
月11～15回→週3回 月6～10回→週2回 月1～5回→週1回の計画を記入。