

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	<input type="checkbox"/> 有の場合✓	事業所間連携加算 確認書の提出	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> (←✓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 ※サービス利用に当たっての長期目標を記入	
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□）※支給決定期間における短期目標を記入					
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）	目標：	(頻度・時間) 週・月 回	
		□重度訪問介護			□重度障害者等包括支援
		□同行援護			□行動援護
		□短期入所			□地域定着支援
		□その他（ ）			
共同	□共同生活介護 □共同生活援助 □その他（ ）	□宿泊型自立訓練	目標：	(利用日数) 週・月 日	
		□施設入所支援			
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	目標：	(利用回数) 週・月 回	
		□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			

◎ 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
---------	----------	-----

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							
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。