

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

希望する生活や困っていること も記入してください。	支援を利用するにあたって、お子さまの伸ばしたいところの大きな目標を記入してください。
------------------------------	--

◎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 ☐ 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（ ）	目標：	(頻度・時間) 週・月 回
	共同	☐ 申請するサービスに✓を入れてください。 ☐ ()	目標：	(利用日数) 週・月 日
日中活動		☐ 就労移行支援 ☐ 児童発達支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 居宅訪問型児童発達支援 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 生活介護 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 自立訓練（機能・生活） ☐ 保育所等訪問支援 ☐ その他（ ）	目標：	(利用回数) 週・月 回

◎裏面

市担当課受理日 令和 年 月 日

サービスの種類ごとに記入してください。
【例】児発21回
保訪2回

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

	げつ	か	すい	もく	きん	ど	にち	長期休暇時の利用
4:00								
5:00	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	
6:00								月曜から金曜の 10時から15時まで 児童発達支援利用
7:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	
8:00	送 り	送 り	送 り	送 り	送 り			
9:00								
10:00	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	幼稚園	遊 び	遊 び	
11:00								
12:00						昼 食	昼 食	
13:00	送 迎	送 迎	送 迎	送 迎	送 迎			
14:00	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援	児童発達支援		家族と買物	週単位以外のサービス
15:00								
16:00	迎 え	迎 え	迎 え	迎 え	迎 え			
17:00								保育所等訪問支援 月2回
18:00	夕 食	夕 食	夕 食	夕 食	夕 食	夕 食	夕 食	
19:00								
20:00	入 浴	入 浴	入 浴	入 浴	入 浴	入 浴	入 浴	
21:00								
22:00								
23:00								
0:00	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

