

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）

記入例1(児)

利用者氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	連絡先電話番号
住所	計画作成日	令和 年 月 日	保護者 (作成補助者)

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

受給者証の有無/有効期間及び番号 (無)・有 / 令和 年 月 日 N

希望する生活、目標など

・友達と楽しく元気に過ごす。
・コミュニケーションや自己表現が出来るよう目指していく。

新規は無。変更申請は有。

18歳未満又は作成補助者がいる場合記入

◎利用したいサービス

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"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)		目標	事業所名	利用回数
						楽しく放課後や長期休みをすごす。	◎◎事業所
住まい	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援助 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)		目標	事業所名	利用回数
	在宅						◎◎事業所
その他	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 共同生活援助		目標	事業所名	利用回数
	在宅以外						
その他	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				目標	事業所名	利用回数
					作成に立ち会った職員の名前を記入		週・月 回

※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。

担当者	障がい福祉課 確認日	年 月 日	障がい福祉課 確認者
-----	---------------	-------	---------------

障害福祉サービス等利用状況票

利用者氏名

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								・週5日放課後等デイサービス ・週1日日中一時支援 (曜日不定)
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

放課後等
デイサービス事業所

放課後等
デイサービス事業所

放課後等
デイサービス事業所

放課後等
デイサービス事業所

放課後等
デイサービス事業所

事業所名もご記入ください。

週単位以外の利用状況
(例:月に1回だけの支援など)