

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）

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 No.
--	------------------	--------------------

希望する生活、 目標など	
-----------------	--

◎利用したいサービス

		<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 (生活・機能) <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"/> 保育所等訪問支援	目標 :	(事業所名)	(利用回数) 週・月 回
住まい	在宅	<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"/> 同行支援 <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"/> 保育所等訪問支援	目標 :	(事業所名)	(利用回数) 週・月 回 時間 / 1 回
	在宅以外	<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) 週・月 回
	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) 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								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外の利用状況
(例:月に1回だけの支援など)

--