

課長	課長補佐	係長	担当者	課員

受付印

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①）

利用者氏名	障害支援区分	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	連絡先電話番号	— —
受給者番号		計画作成日	令和 年 月 日	作成補助者（または保護者）	

◎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

希望する生活、 目標など	
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

日中活動	共同	住まい	その他	目標	利用回数 (利用回数)
<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"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	<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"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <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： 週・月 回	週・月 回
				目標： 週・月 回	週・月 回
				目標： 週・月 回	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。

※写しが必要な方は、提出前にご自身でコピーされてください。役場でコピーする場合は、コピー代（20円）が発生しますのでご注意ください。

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②）

しゅうかひいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

せいかつ じょうきょう ぐたいてき きにゆう
※生活の状況をできるだけ具体的に記入してください。