

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）

受付印

利用者氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)
受給者番号	計画作成日	令和	年	月	日	作成補助者
						本人との関係

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと

◎生活全般の解決すべき課題、今生活で困っていること

--	--

◎サービスの利用意向について□に（レ）もしくは■を記入してください。

- 現在のサービスを継続
 新規のサービスを希望
 現在のサービスを変更
 中止

日 中 活 動	□ 生活介護		□ 児童発達支援		目標、達成時期	利用回数	内 容	利用する事業所
	□ 就労継続支援 A型・B型	□ 就労移行支援	□ 児童発達支援	□ 医療型児童発達支援				
住 まい	共 同	□ 施設入所支援	□ 療養介護			週・月	回	
		□ 共同生活援助	□ 宿泊型自立訓練			週・月	回	
	在 宅	□ 居宅介護 家事援助 身体介護	□ 通院等介助 通院等乗降介助			週・月	回	
		□ 重度訪問介護	□ 重度障害者等包括支援			週・月	回	
	□ 同行支援	□ 行動支援			週・月	回		
	□ 短期入所	□ 自立生活援助			週・月	回		
地域相談支援	□ 地域移行支援	□ 地域定着支援			週・月	回		

◎上記以外で利用しているサービス・これから利用したいサービスについて□に（レ）もしくは■を記入して下さい。

そ の 他	□ 移動支援		□ 日中一時支援		目標、達成時期	利用回数	内 容	利用する事業所
	□ 通学移動支援	□ 介護保険 要支援	□ 要介護	□ 非該当				
	□ 訪問看護	□ 訪問看護	□ 学校			週・月	回	
	□ 日常生活自立支援事業	□ 日常生活自立支援事業	□ その他			週・月	回	

