

## サービス等利用計画案(セルフプラン)

利用者氏名		障害支援 区分	連絡先電話番号		計画作成日	
受給者番号			作成補助者名		利用者同意署名欄	

障害福祉サービスの利用において、サービス等利用計画案(セルフプラン)を希望します。

希望する生活、目標、 取り組みたいことなど	
サービスを利用して 振り返り・感想など (更新または追加申請の 方のみ記入)	

種類	利用したいサービス	サービスの 利用回数	達成時期 (更新時期)	希望する生活、目標、 取り組みたいこと	その他、備考(注意して欲しいこと等) 記載は任意
住居	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等介助) <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"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> その他( )	月: ___ 時間  月: ___ 日	令和 ___ 年 ___ 月		
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> その他( )	月: ___ 日	令和 ___ 年 ___ 月		
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"/> 自立訓練(生活・機能) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> その他( )	月: ___ 日	令和 ___ 年 ___ 月		
その他	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他( )	月: ___ 時間  月: ___ 日	令和 ___ 年 ___ 月		

受理印	
-----	--

