

障害児支援利用計画案(セルフプラン)

対象児氏名		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		保護者同意署名欄	

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

※居宅訪問型児童発達支援については、指定障害児相談支援事業者が作成した障害児支援利用計画案による申請に限るため、セルフプランでの申請はできません。

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	在宅	☐ 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等介助) ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ 地域定着支援 ☐ その他()	月：____時間 月：____日	令和____年____月		
	共同	☐ 共同生活援助 ☐ 施設入所支援 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ その他()	月：____日	令和____年____月		
日中活動		☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対しての治療を除く) ☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対しての治療に限る) ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援 ☐ その他()	月：____日 月：____日	令和____年____月		
その他		☐ 移動支援 ☐ 通学支援 ☐ 日中一時支援 ☐ その他()	月：____時間 月：____日	令和____年____月		

受理印	
-----	--

障害児支援利用計画案(セルフプラン)しゅうかんけいかくひょう【週間計画表】

対象児氏名		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		保護者同意署名欄	

計画開始年月	令和 ____ 年 ____ 月
--------	------------------

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週単位以外のサービス
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								