

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		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	

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	目 標 及び 目標の達成時期	注意してほしいこと、 その他備考
住居	在宅 <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 ()	週 ・ 月 回	達成時期 年 月	
	共同 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	週 ・ 月 回	達成時期 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 ()	週 ・ 月 回	達成時期 年 月	
その他	(他に利用するサービスがあれば記入) <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 通学支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	週 ・ 月 回		受理印

