

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）

受理日	平成 年 月 日	担当		別紙④
-----	----------	----	--	-----

利用者氏名	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）	※太枠記入不要	
受給者番号	計画作成日	平成 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、現在の生活全般の解決すべき課題など

希望する生活、 目標など	課題
-----------------	----

◎サービスの利用意向について□に（レ）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

※「現在のサービスを継続」にチェックされた方は以下の欄は記入不要です。

※「新規のサービスを希望」「現在のサービスを変更」「中止」にチェックされた方は以下の欄に記入をお願いします。

日中活動	☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練（機能・生活）	☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援	目標	変更内容・理由等
	☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助	☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援		
住まい	☐ 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ）	☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動援護 ☐ 地域定着支援		

◎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を記入してください。

その他	目標	内容
-----	----	----

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

＜収入市＞

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）

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。※作成が難しい場合はセルフプラン①のみで結構です。

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
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								
24:00								

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記入例）

受理日 平成 年 月 日 担当

序の頁記入例

利用者氏名	秋方 太郎	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）	※太枠記入不要	
受給者番号	1234567890	計画作成日	平成 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、現在の生活全般の解決すべき課題など

希望する生活、目標など	・就職したい ・きちんと片付けや掃除ができるようになりたい	課題	・朝が起きれない
-------------	----------------------------------	----	----------

◎サービスの利用意向について□に（レ）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

※「現在のサービスを継続」にチェックされた方は以下の欄は記入不要です。

※「新規のサービスを希望」「現在のサービスを変更」「中止」にチェックされた方は以下の欄に記入をお願いします。

日中活動	☒ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練（機能・生活）	☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援	目標 ・就労を目指す ・毎日通所できるようになる	変更内容・理由等 ・週5日通所
住まい	共同生活 ☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助	☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援		
	在宅 ☐ 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援助 ☒ 短期入所 ☐ その他（ ）	☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動援助 ☐ 地域定着支援	・家以外で泊まる練習をする	・月2日利用 ・自宅、作業所以外での体験を増やす

◎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を記入してください。

その他	・移動支援	目標	・プールで泳げるようになる	内容	・月2回利用
-----	-------	----	---------------	----	--------

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

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記入例）

受理日 平成 年 月 日 担当

利用者氏名	秋方 花子	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）	※太枠記入不要	
受給者番号	987654321	計画作成日	平成 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、現在の生活全般の解決すべき課題など

希望する生活、目標など	・自分の名前を言えるようになりたい	課題	・朝が起きれない
-------------	-------------------	----	----------

◎サービスの利用意向について□に（レ）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

※「現在のサービスを継続」にチェックされた方は以下の欄は記入不要です。

※「新規のサービスを希望」「現在のサービスを変更」「中止」にチェックされた方は以下の欄に記入をお願いします。

日中活動	目標	支援内容・理由等
☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練（機能・生活）	☐ 児童発達支援 ☒ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援	・友達を作る ・一人でトイレに行けるようになる
共同 ☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助	☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援	
住まい ☐ 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☒ 短期入所 ☐ その他（ ）	☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動援護 ☐ 地域定着支援	・家以外で泊まれるようになる

◎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を記入してください。

その他	・移動支援	目標	・プールで泳げるようになる	内容	・月2日利用
-----	-------	----	---------------	----	--------

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

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）

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。※作成が難しい場合はセルフプラン①のみで結構です。

しやうかへいかくひょう
◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
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	↑↓ 放課後等デイ事業所〇〇			↑↓ 放課後等デイ事業所〇〇				
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
24:00								

・移動支援（月2回フルに行
く）
・短泊入所（月1回△△のショート
ステイを利用する）