

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

（様式4－1）

記載例

ふりがな	よしわら さぶろう	生年月日	昭和 平成 令和	45 年 1 月 1 日	連絡先電話番号	●●● - ●●●● - ●●●●
利用者氏名（児童氏名）	吉原 三郎	障害支援区分のある方は記入する	障害支援区分	なし・あり（1・2・3・4・5・6）	計画作成日	令和 7 年 6 月 30 日
受給者証番号	新規の場合は番号がないので空欄					

希望する生活 （困っていることも記入してください）	●●事業所の仕事に慣れたら、他の仕事もしてみたい。 一人暮らしをしてみたい。	困っていることやこういう生活をしたいということを記入してください。
目標	仕事を続けられるようする。 一人暮らしに向けて家事やお金の管理が出来るようになる。	上記の希望する生活をするための目標を記入してください

希望する生活のために何をするか	いつまでに（目標時期に ☒ ）
集中して作業に取り組めるようになる。 金銭管理が出来るようになる。 毎日仕事に行けるように健康に気をつける。	上記の希望する生活をするためにどのようなことをしていくのかを記入してください
	☐ 1か月後 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他（ ）

利用する福祉サービス等		
種類（サービス名に ☒ ）	内容・量（頻度・時間）	提供事業者名 （担当者名・電話）
☒ 居宅介護（身体・家事・通院・乗降） ☐ 短期入所 ☐ 自立訓練（機能訓練） ☐ 自立訓練（生活訓練） ☐ 就労移行支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 児童発達支援 ☐ 移動支援 ☐ その他（ ）	☐ 行動援護 ☐ 同行援護 ☐ 施設入所支援 ☐ 共同生活援助（グループホーム） ☒ 就労継続支援（A型） ☐ 就労継続支援（B型） ☐ 就労選択支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 日中一時支援 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 地域活動支援センター	就労継続支援A型 週5日（月～金） 居宅介護 週1回（土、午前11時～12時）

その他留意事項	記入の必要はありません
---------	-------------

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案【週間計画表】(セルフプラン)

(様式4-2)

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								●●事業所週3日通所している。 土曜日の午前11時から1時間、調理の手伝い、部屋の清掃のため××事業所の家事援助を利用している。 日曜日には買い物ののため外出することが多い。
8:00	起床・整容・朝食							
10:00								
12:00	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	就労継続支援A型 (●●事業所)	居宅介護(家事援助) (××事業所)	買い物のため外出	
14:00								日常生活上の活動や参加している活動について記入する。
16:00	週間で利用するサービスを具体的に記入する 決まっていれば事業所名も記入してください ※利用する事業所が決まっていない場合、 記入しないでください							
18:00								
20:00	夕食							
22:00								週単位以外のサービス 月に2回、水曜日に▲▲病院に通院している。
0:00	入浴・就寝							
2:00								

私は、障害福祉サービスを利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「サービス等利用計画(案)・障害児支援利用計画(案)」について、相談支援事業所に依頼するだけでなく、自分の意思において、いわゆる「セルフプラン」による提出を希望します。※セルフプランの提出に関しては、自らサービスの調整を図ることや、指定特定相談支援事業所からモニタリングが実施されないなど、制度を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。

利用者署名欄	
計画相談支援希望の有無	有 ・ 無