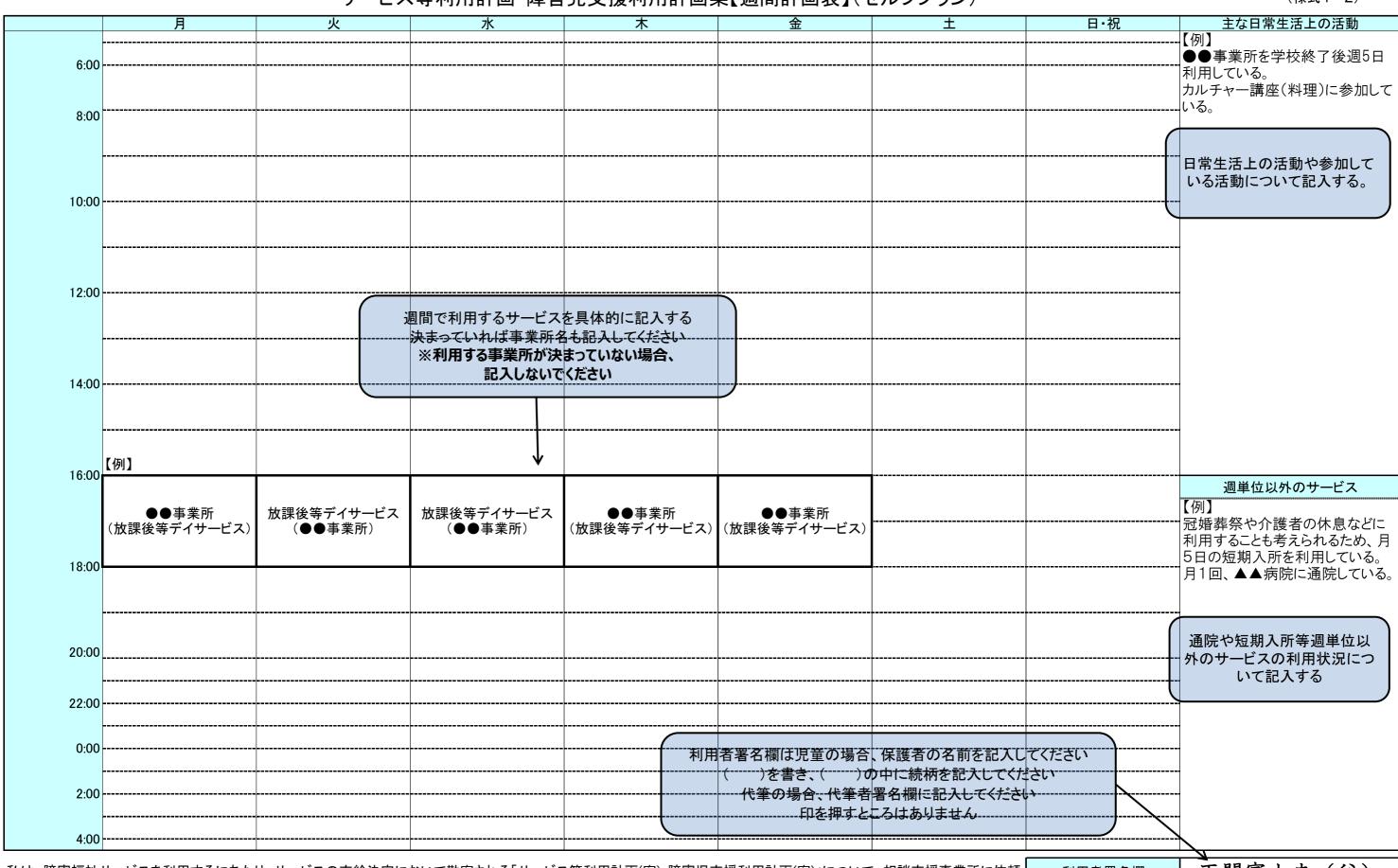
希望する生活のために何をするか		いつまでに(目標時期に ☑)	
・他人とコミュニケーションをうまく取れるようになるため療育支援を受ける。 ・きまりを守るようになるための療育支援を受ける。 ・食事や排泄など日常生活の訓練を行うため療育支援を受ける。 ・放課後の居場所を確保する。	□1か月後 □半年後 ☑1年後 □3年後 □その他(更新は1年後なので1年後にレ点を 記入してください	

	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) □行動援護 □同行援護 □短期入所 □生活介護 □施設入所支援 □自立訓練(機能訓練) □自立訓練(生活訓練) □共同生活援助(グループ゚ホーム) □就労移行支援 □就労継続支援(A型) □就労継続支援(B型) □児童発達支援 □放課後等デイサービス □保育所等訪問支援 □移動支援 □日中一時支援 □地域活動支援センター □その他(【例】 放課後等デイサービス 週5日(月~金) 短期入所 月5日 サービスの内容と量を記入してください 裏面の週間計画と整合性をとるようにしてください ※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	【例】 放課後等デイサービス ●●事業所 (担当者:●●●●、●●一●●●●) 短期入所 ▲▲学園 (担当者:▲▲▲▲、▲▲一▲▲▲▲) 利用する(または希望する)施設名を記入 担当者がわからない場合には未記入で結構です
		※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

その他留意事項

記入の必要はありません



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 するのでなく、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 天間富士夫 (父) 代筆者署名欄