

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)

ふりがな		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	連絡先電話番号	—	—	
利用者氏名(児童氏名)										
受給者証番号		障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)			計画作成日	令和	年	月	日

希望する生活 (困っていることも 記入してください)	
目標	

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 ☒)
	☐ 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) ☐ 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() ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 就労継続支援(A型) ☐ 就労選択支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 日中一時支援 ☐ 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(B型) ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 地域活動支援センター		

その他留意事項	
---------	--

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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
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