

サービス等利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名（児童氏名）	印	障がい 支援区分	生年月日	年 月 日	連絡先	
受給者番号			計画作成日	年 月 日	代筆者（作成補助者）	印

私は障がい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）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、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。（セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、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、制度の内容を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。）

◎あなたはどのように暮らしていきたいですか。

今、困っていること		現在受けているサービスを継続したい	
希望する生活、目標など		☐ はい	☐ いいえ

	◎利用したいサービス (□に印をつけてください)	◎目標はなんですか。どんなことがしたいですか。	◎事業所や担当者の名前、 利用する回数など
日中活動	☐ 就労移行支援 ☐ 児童発達支援 ☐ 就労選択支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 就労継続支援A型 ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 生活介護 ☐ その他（ ） ☐ 自立訓練（機能・生活）	目標や したいこと 達成時期 :	
	☐ 共同生活援助 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援 ☐ その他（ ）	目標や したいこと 達成時期 :	
生活の場 所	☐ 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 重度障がい者等包括支援 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 短期入所 ☐ 地域定着支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 自立生活援助 ☐ その他（ ）	目標や したいこと 達成時期 :	
	その他のサービス (できるだけ具体的に)		

※この用紙の内容が書かれていれば、別の用紙に書いてもかまいません。

サービス等利用計画案（セルフプラン② 1週間の予定表）

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								きぼう 希望するサービス ないよう しきゅうりよう (内容・支給量)
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								しきにゆうらん 市記入欄
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								