

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	生年月日	年 月 日	連絡先	
受給者番号		支援区分	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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能・生活)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	目標や したいこと 達成時期	
生活の場	共同	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	目標や したいこと 達成時期	
	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	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)			

