

### サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン)

ふりがな		生年月日	年 月 日	連絡先電話番号	日中に連絡のつきやすい連絡先を記入
利用者氏名(児童氏名)					
障害福祉サービス受給者証番号	新規の場合は記入不要	障害支援区分	18歳以上の方で認定を受けている場合に記入 なし・あり(区分1・2・3・4・5・6)	計画作成日	令和 年 月 日
通所受給者証番号					

希望する生活 (困っていることも記入してください)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が希望する生活の全体像を記載してください。(「こうやって生活したい」「こんなことをやってみたい」等)</li> <li>・抽象的な表現ではなく、可能な限り具体的に記載してください。</li> <li>・利用者以外の家族の意向があれば、記載してください。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抽象的な努力目標ではなく、希望する生活に近づくための具体的な目標を記載してください。</li> </ul>

希望する生活のためにいつまでに何をするか	
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 <input checked="" type="checkbox"/> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記の目標を達成し、希望する生活を実現するために必要なこと、取り組むことを記載してください。</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )

利用する福祉サービス等		
利用する全てのサービスにチェックを入れてください。		
種類( サービス名に <input checked="" type="checkbox"/> )	内容・量(頻度・時間)	提供事業者名 (担当者名・電話)
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <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"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> その他( )	利用する福祉サービスの内容・量を記載してください。  ※量→ ・利用する時間、週何回利用するか等。 ・不定期利用の場合は、一月あたりに合計何回の利用が考えられるか等。	

その他留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・項目に記載しきれない事柄や、福祉サービスの利用にあたって留意する点等があれば記載してください。</li> </ul>
---------	--

## サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     日常生活上の活動で、週間計画表に記載しきれなかった内容があれば、記載してください。                 </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1日の中で習慣化していること。</li> <li>・余暇活動や趣味 等。</li> </ul>
8:00								
10:00	・起床から就寝までの1日の生活の流れについて、利用する福祉サービス等を含めて、可能な限り切れ目なく記載してください。							
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

下記のうち、該当するものがあれば記載してください。

- ・隔週、不定期に利用しているサービス。
- ・医療機関への受診状況。

作成者署名欄	実際に記入をした方の署名
--------	--------------