

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン①）

受付印

利用者氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)
受給者番号	計画作成日	令和	年	月	日	作成補助者
						本人との関係

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと

◎生活全般の解決すべき課題、今生活で困っていること

◎サービスの利用意向について□に（レ）もしくは■を記入してください。

- 現在のサービスを継続 新規のサービスを希望 現在のサービスを変更 中止

日	生活介護	児童発達支援	目標、達成時期	利用回数	内容	利用する事業所
中	就労継続支援 A型・B型	医療型児童発達支援				
活	就労移行支援	放課後等デイサービス				
動	就労定着支援	居宅訪問型児童発達支援		週・月	回	
	自立訓練 機能・生活	保育所等訪問支援				
	自立生活援助					
住まい	施設入所支援	療養介護		週・月	回	
	共同生活援助	宿泊型自立訓練				
	居宅介護 家事援助 身体介護	通院等介助 通院等乗降介助		週・月	回	
宅	重度訪問介護	重度障害者等包括支援		週・月	回	
	同行支援	行動支援		週・月	回	
	短期入所			週・月	回	
地域相談支援	地域移行支援	地域定着支援		週・月	回	

◎上記以外で利用しているサービス・これから利用したいサービスについて□に（レ）もしくは■を記入して下さい。

その他	移動支援	日中一時支援	目標、達成時期	利用回数	内容	利用する事業所
	通学移動支援			週・月	回	
	介護保険 要支援	要介護 非該当				
	訪問看護	学校		週・月	回	
	日常生活自立支援事業	その他		週・月	回	

