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）

作成日　○ 年 ○○ 月 ○○ 日

ふりがな 利用者氏名	さま　りんたろう 座間　りんたろう	生年月日	昭和・(平成)・令和　○○ 年　○○ 月　○○ 日	連絡先	□自宅〔　－　－　〕 □その他(誰の番号：　) ☑携帯〔 000－0000－0000 〕〔　－　－　〕
受給者番号		障害支援区分	(なし)・1・2・3・4・5・6	作成補助者（保護者）	座間　花子（母）

太枠内を記入

セルフプランの選択理由として当てはまる内容にチェックしてください☑：
□指定特定相談支援事業所に空きが無く依頼できない　□自ら（保護者）利用計画を作成したい　□その他の理由（　　）

現在困っていること・課題・手伝ってもらいたいこと・続けていきたいこと	落ち着きがなく、じっと座っていることができない。気に入らないことがある と、お友達を叩いたり、自分の頭をたたいてしまう。幼稚園で先生の指示を 聞くことができないので、お友達と一緒に授業を受けることができない。	1年後の自分（本人）にどうなっていてほしいか	人の話をしっかり聞けるようになって、周りの事 に気づけるようになってほしい。小学校にあがる前に お友達と上手にお話できるようになってほしい。

	利用したいサービスに☑		利用したいサービスの内容について	利用回数
日中活動等	□ 就労移行支援 □ 就労継続支援A型 □ 就労継続支援B型 □ 生活介護 □ 就労定着支援 □ 自立生活援助 □ 自立訓練（生活・機能） □ 就労選択	【児童のサービス】 □ 児童発達支援 □ 放課後等デイサービス □ 医療型児童発達支援 □ 保育所等訪問支援 □ 居宅訪問型児童発達支援	【利用する事業所名】※複数利用する場合は全て記入してください。 上記のうちコア連携事業所（児童）： ※児童サービスで複数の事業所を併用している場合 【利用する目的】 【現在取り組んでいること】※新規の場合は見学等を踏まえ予定を記入してください。	月　日
住まい・在宅サービス等	□ 共同生活援助（グループホーム） □ 宿泊型自立訓練 □ 施設入所支援 □ 療養介護		【利用する事業所名】※複数利用する場合は全て記入してください。 【今後の予定】　□ 現在の事業所利用を継続 □ その他：（いつ頃）　（何を）　を予定している。	
	□ 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助） □ 重度訪問介護 □ 同行援護 □ 短期入所 【地域相談支援】 □ 地域移行支援	□ 重度障害者等包括支援 □ 行動援護 □ 地域定着支援	【利用する事業所名】※複数利用する場合は全て記入してください。 【利用する目的】 【支援内容】	【短期入所】 月　日 【その他】 月　時間

①利用したいサービスに

②サービス内容について該当箇所を記載

③利用回数を記載

上記以外に利用するもの	□日中一時支援（月　日）　□その他（　　） □移動支援（月　時間）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00	起床 朝食 →							
7:00								
8:00	送迎バス							
9:00		すくすく座間			児童発達 ざまりん			
10:00								
11:00								
12:00								
13:00			○○○幼稚園					
14:00						すくすく座間		
15:00								
16:00								
17:00	夕食 →							
18:00								
19:00								
20:00	就寝 →							
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

※週間計画表も必ず記載してください。変則的な利用の場合、直近で福祉サービスを最も利用した1週間の様子を記載してください。