

作成日 年 月 日

ふりがな											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〔 — — 〕 [— —]
利用者氏名														
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)	

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				1年後の自分(本人)に どうなっていてほしいか				
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		【児童のサービス】		【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。			月 日
	☐ 就労継続支援A型		☐ 児童発達支援		上記のうちコア連携事業所(児童):			
	☐ 就労継続支援B型		☐ 放課後等デイサービス		※児童サービスで複数の事業所を併用している場合			
	☐ 生活介護		☐ 医療型児童発達支援		【利用する目的】			
	☐ 就労定着支援		☐ 保育所等訪問支援		【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。			
	☐ 自立生活援助		☐ 居宅訪問型児童発達支援					
	☐ 自立訓練(生活・機能)							
	☐ 就労選択支援							
住 ま い ・ 在 宅 サ ー ビ ス 等	☐ 共同生活援助(グループホーム)				【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。			/
	☐ 宿泊型自立訓練							
	☐ 施設入所支援				【今後の予定】 ☐ 現在の事業所利用を継続			
	☐ 療養介護				☐ 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)				【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。			【短期入所】
	☐ 重度訪問介護		☐ 重度障害者等包括支援		【利用する目的】			月 日
	☐ 同行援護		☐ 行動援護		【その他】			月 時間
	☐ 短期入所				【支援内容】			
【地域相談支援】								
☐ 地域移行支援		☐ 地域定着支援						
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)						

しゅうかんけいかく ひょう
◎週間計画表

	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								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
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。