

利用者氏名	生年月日	平成 令和 年 月 日	作成者 または 保護者	電話番号
受給者番号	障がい程度区分	無・有（区分1・2・3・4・5・6）		

申請者同意欄

私は、支給決定において勘案される「利用計画」について、相談支援事業所に「障がい児支援利用計画案」の作成を依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」を提出します。また、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、相談支援事業所のモニタリングが実施されないことなど、制度の内容を理解しています。（同意される場合、右欄の□へ✓を記入してください。）

（✓を記入してください。）

◎生活の希望や目標、取り組みたいことなど

希望する生活や（困っていること、子ども記入してください）

支援を利用するにあたって、お子さまの伸ばしたいところの大きな目標を記入してください。

◎利用したい福祉サービス（サービス名に☑）

住まい	在宅	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・家事援助・通院介助・通院等乗降介助） <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"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	目標：	(頻度・時間) 週・月 回
	共同	申請するサービスに✓を入れてください。		目標：	(利用日数) 週・月 日
	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"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	目標：	(利用回数) 週・月 回

サービスの種類ごとに記入してください。
【例】放デイ2回 保訪2回

点線の中について、記入してください。

市担当課受理日 令和 年 月 日

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案（セルフプラン②）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	長期休暇時の利用			
4:00								月曜から金曜の10時から15時まで放課後等デイサービス利用			
5:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝				
6:00											
7:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食				
8:00											
9:00	学校	学校	学校	学校	学校						
10:00									遊び	遊び	
11:00											
12:00											昼食
13:00											
14:00							家族と買物				
15:00											
16:00	放課後等 デイサービス	放課後等 デイサービス	放課後等 デイサービス	放課後等 デイサービス	放課後等 デイサービス						
17:00							週単位以外のサービス 保育所等訪問支援 月2回				
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食					
19:00											
20:00	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴					
21:00											
22:00											
23:00											
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝				
1:00											
2:00											
3:00											
4:00											