

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)

		意向確認欄		計画作成者	
相談支援事業所での計画作成希望 なし・あり		ありに○がついている場合、希望する相談支援事業者等があれば記入してください。		(利用者との関係)	
ふりがな		生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	連絡先電話番号	
利用者氏名(児童氏名)					
住所		作成日	令和 年 月 日		
障害種別	身体・知的・精神・その他	障害支援区分	なし・区分1・2・3・4・5・6	作成区分	新規・継続・変更

希望する生活・目標	
日常生活を送る上での目標(どうありたいか等)や希望(やりたいこと等)を記入してください。	
困っていること	目標達成時期
生活全般の解決すべき課題(困っていること)を記入してください。	課題解決の達成時期を記入してください。 1か月後 1年後 3か月後 3年後 6か月後 その他()

利用する福祉サービス等						その他留意事項 (配慮してほしいことなど)
サービス種類	支給量 (頻度・時間)	サービス種類	支給量 (頻度・時間)	サービス種類	支給量 (頻度・時間)	
身体介護	時間/月	生活介護	日/月	施設入所支援		
居宅介護	時間/月	家事援助	日/月	地域移行支援		
	時間/月	通院等介助	日/月	地域定着支援		
重度訪問介護	時間/月	就労移行支援	日/月	児童発達支援	日/月	
同行援護 行動援護	時間/月	就労継続支援(A型・B型)	日/月	医療型児童発達支援	日/月	
短期入所	日/月	就労定着支援		放課後等デイサービス	日/月	
重度障害者等包括支援		共同生活援助	日/月	保育所等訪問支援	日/月	
療養介護		自立生活援助		居宅訪問型児童発達支援	日/月	

