

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

利用者氏名		障害支援		生年月日	年 月 日	電話番号	— —	
住んでいる地区		区分		作成日	年 月 日	作成者		利用者との関係

★暮らしの目標や希望、取り組みたいことなど

暮らしの目標や希望など			
困っていること（課題）		気をつけて欲しいこと（留意事項）	

★利用したい福祉サービス

日中活動	☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 自立訓練（生活・機能） ☐ 生活介護	☐ 児童発達支援 ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 日中一時支援	目標：	: 週 回 : 週 回 : 月 回	
住まいでの支援	施設	☐ 共同生活介護（ケアホーム） ☐ 施設入所支援 ☐ 療養介護	☐ 共同生活援助（グループホーム） ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 短期入所（福祉型・医療型）	目標：	月 日
	在宅	☐ 居宅介護（家事援助・身体介護） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行支援 ☐ 移動支援 ☐ 訪問入浴	☐ 通院等乗降介助・通院介助 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 行動支援	目標：	: 週 時間 : 週 時間 : 週 時間
その他	☐ () ☐ ()		目標：		

※この書式で記載することが難しい場合は、この書式に準じた別の書式で提出することもできます

障がい福祉課受理日	年 月 日	地区担当員	
-----------	-------	-------	--