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）②

利用者氏名：【週間計画表】計画開始年月： 年 月から

	月	火	水	木	金	土	日	週単位で記載できないサービス
4:00								しゅるい 種類
5:00								
6:00								
7:00							ないよう 内容	
8:00								かいすう 回数
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								しゅるい 種類
13:00								
14:00								
15:00							ないよう 内容	
16:00								かいすう 回数
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								しゅるい 種類
21:00								
22:00								
23:00							ないよう 内容	
0:00								かいすう 回数
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

※通院の場合は受診先や所要時間などを記載する

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や市役所での面談の内容などを踏まえて決定されます。