

【記載例】 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	札幌 太郎	障害支援区分	3	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	連絡先電話番号	—
受給者番号	1234567890	区分		計画作成日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	作成補助者（または保護者）	

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、目標など	早く就職できるようにしたい。
-------------	----------------

◎これから利用したいサービス

日中活動	共同	住まい	その他	目標	利用回数
<input checked="" 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（生活・機能） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院等介助） <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 checked="" type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input checked="" type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	ひとりしごと 一人で仕事ができるようになる。	〇 週 月 5 回
				スイミングスクールに通って水泳がうまくなる。	〇 週 月 1 回
				映画館で映画を見る。	〇 月 1 回

相談支援事業所に依頼していればこちらにチェック

【必須】 次のいずれかに必ずチェックとご記入をお願いします。

私はこのセルフプラン提出後、相談支援事業所に「サービス等利用計画（案）等」の作成を依頼します。又は、すでに依頼しています。

相談支援事業所に依頼希望がなければこちらにチェック

依頼したい（している）相談支援事業所名：

私は障害福祉サービス等を利用するにあたり、「サービス等利用計画（案）等」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、「セルフプラン」を提出します。

なお、セルフプラン提出に関しては、自分でサービスを調整することや、相談支援事業所からモニタリング（定期的）に訪問し、サービスの利用状況を確認する）が受けられないなど、制度の内容を理解し、又は説明等を受けています。

自筆署名または記名（代筆可）押印

自署または記名押印

札幌 太郎 印

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができます。

区保健福祉部受理日	平成 年 月 日	福祉支援 担当者	保健支援
-----------	----------	----------	------

【記載例】 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）

時間	月	火	水	木	金	土	日	サービス
4:00								週単位以外のサービス
5:00								移動支援（月1回、 日曜日に映画館に行く。）  家族と過ごす （外出等）  ※月1回、 映画館に行く。
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00	就労移行支援	就労移行支援	就労移行支援	就労移行支援	就労移行支援			
14:00						行動援護 （スイミング）		
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								

標準的な週間計画をご記入ください

福祉サービス提供事業所

就労支援センター△

△

居宅介護事業所□□

□

※事業所が決まっている場合、記入してください

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）