

福祉サービス等利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名		生年月日		連絡先電話番号	— —
受給者番号		計画作成日	令和 年 月 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	
-----------------	--

◎これから利用したいサービス

児童 通 所 給 付	<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	目標：	(利用回数) 週・月 回
介 護 給 付	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	目標：	週・月 回
そ の 他			

※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うことができます。

福祉サービス等利用計画案（セルフプラン②）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
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								

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。)