

サービス等利用計画（セルフプラン①）

介護給付あり

利用者氏名		障害支援 区分	生年月日	ねん 年 がつ 月 にち 日	連絡先電話番号	
受給者番号			計画作成日	ねん 年 がつ 月 にち 日	作成者（利用者との関係）	

希望する生活 目標など		当面の目標	
----------------	--	-------	--

訪問系	☐ 居宅介護（家事援助・身体介護・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 短期入所	☐ 就労定着支援 ☐ 自立生活援助	目標： サービス内容： 【目標達成時期： 】	（利用量） 週・月 日 時間
			事業所名： 【目標達成時期： 】	
日中活動系	☐ 生活介護 ☐ 自立訓練（生活・機能） ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援（A型・B型） ☐ 療養介護	☐ 就労選択支援	目標： 【目標達成時期： 】	週・月 日
			事業所名： 【目標達成時期： 】	
居住系	☐ 共同生活援助（グループホーム） ☐ 施設入所支援 ☐ その他（	☐ 宿泊型自立訓練	目標： 【目標達成時期： 】	週・月 日
			事業所名： 【目標達成時期： 】	
その他			目標： 【目標達成時期： 】	週・月 日
			事業所名： 【目標達成時期： 】	

留意して ほしいこと	
---------------	--

※裏面の週間計画表も記入して下さい。（この様式で書きにくいときは、この様式と同じ項目があれば別の様式を使うことができます）

サービス等利用計画（セルフプラン②）

しゅうか4ぜいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいいがい 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								

サービス等利用計画（セルフプラン）

訓練等給付のみ

利用者氏名		障害支援		生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	連絡先電話番号	れんらくさきでんわばんごう	—	—
受給者番号		くぶん 区分		計画作成日	ねん 年	がつ 月	にち 日	作成者	さくせいしゃ りようしゃ 利用者との関係	かんけい	

希望する生活または目標など (当てはまる内容にチェックしてください)		希望する福祉サービス	
		サービスの種類	サービスの量
障害福祉サービス等の利用に関すること（日中活動系・訪問系）		【目標達成時期：】	
☐ 支援を受けながら仲間と日中を過ごしたい ☐ 働きたい ☐ 一人暮らしの練習をしたい ☐ その他（ ）		☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援（A型・B型） ☐ 自立訓練（生活訓練・機能訓練） ☐ 就労定着支援 ☐ 自立生活援助 ☐ 就労選択支援	日／月 日／月 日／月 日／月
障害福祉サービス等の利用に関すること（居住系）		【目標達成時期：】	
☐ 働きながら一人暮らしの練習がしたい ☐ 仲間と共同生活がしたい ☐ その他（ ）		☐ 共同生活援助（グループホーム） ☐ 宿泊型自立訓練	

具体的な目標があったら記入してください	達成時期 (いつまでに)	福祉サービス等 (どうやって)	本人の役割 (何をかんばるのか)	備考
1				
2				

その他注意して 欲しいこと	
------------------	--

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン）

児童

利用者氏名		保護者氏名		連絡先電話番号	— —	作成者（利用者との関係）
生年月日	ねん 年 がつ 月 にち 日	受給者番号		計画作成日	ねん 年 がつ 月 にち 日	

希望する生活または目標など (当てはまる内容にチェックしてください)		希望する福祉サービス	
		サービスの種類	サービスの量
障害児通所支援の利用に関すること		【目標達成時期：】	
☐ こどもに療育を受けさせたい		☐ 児童発達支援	日／月
☐ 授業の終了後（休業日を含む）に訓練を受けさせたい		☐ 医療型児童発達支援	日／月
☐ 集団生活において相談したい		☐ 放課後等デイサービス	日／月
☐ その他（ ）		☐ 保育所等訪問支援	日／月
障害福祉サービス等の利用に関すること（訪問系）		【目標達成時期：】	
☐ こどもの入浴、排泄、食事等の介助を手伝ってほしい		☐ 身体介助	時間／月
☐ こどもが外出するときに支援してほしい		☐ 家事援助	時間／月
☐ その他（ ）		☐ 通院等介助	時間／月
		☐ 行動援護	時間／月
		☐ 同行援護	時間／月
障害福祉サービス等の利用に関すること（その他）		【目標達成時期：】	
☐ こどもを預かってほしい		☐ 短期入所	日／月

その他注意して ほしいこと	
------------------	--

サービス等利用計画（セルフプラン）

同行援護のみ

利用者氏名		障害支援区分	生年月日	昭和・平成	年	月	日
受給者番号			計画作成日	平成	年	月	日
作成者（利用者との関係）		連絡先電話番号	— —				

希望する生活または目標など (当てはまる内容にチェックしてください)	希望する福祉サービス	
	サービスの種類	サービスの量
障害福祉サービス等の利用に関すること（訪問系）		【目標達成時期：】
☐ 外出するための支援を受けたい ☐ 外出先で代読、代筆してもらいたい ☐ その他 ()	☐ 同行援護	時間／月

その他注意して 欲しいこと	
------------------	--