

# サービス等利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名	障害支援 区分	生年月日 昭和・平成 年 月 日	電話番号 ( )
受給者番号		計画作成日 令和 年 月 日	作成補助者 利用者との関係 ( )

○あなたが希望する生活や目標、現在の生活で困っていることを記入してください。

希望する生活・目標	困っていること・解決したいこと
-----------	-----------------

○「あなたが希望する生活や困っていることの解決」を実現するために必要なサービスについて記入してください。

サービス名	利用意向	希望する利用時間数等	利用する事業所名（担当者・電話）
訪問系サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護）	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 時間 / 月 事業所名（ ） 担当者（ ） 電話番号（ ）
	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助）	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 居宅介護（通院等介助）	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 居宅介護（通院等乗降介助）	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 回 / 月
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 同行援護・行動援護	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 時間 / 月
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 単位 / 月
	<input type="checkbox"/> 短期入所	（ 継続・新規・変更・取消 ）	（ ） 単位 / 月
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	（ 継続・新規・変更・取消 ）	当該月の日数・（ ） 日 / 月
<input type="checkbox"/> 自立生活援助	（ 継続・新規・変更・取消 ）	当該月の日数・（ ） 日 / 月	
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	（ 継続・新規・変更・取消 ）	原則の日数・（ ） 日 / 月 事業所名（ ） 担当者（ ） 電話番号（ ）
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）	（ 継続・新規・変更・取消 ）	原則の日数・（ ） 日 / 月
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練・機能訓練）	（ 継続・新規・変更・取消 ）	原則の日数・（ ） 日 / 月
	<input type="checkbox"/> 生活介護	（ 継続・新規・変更・取消 ）	原則の日数・（ ） 日 / 月
	<input type="checkbox"/> 療養介護	（ 継続・新規・変更・取消 ）	当該月の日数・（ ） 日 / 月
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助・施設入所支援	（ 継続・新規・変更・取消 ）	当該月の日数・（ ） 日 / 月 事業所名（ ） 担当者（ ） 電話番号（ ）
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	（ 継続・新規・変更・取消 ）	当該月の日数・（ ） 日 / 月

○他に利用しているサービス、これから利用したいサービスを記入してください。

サービス名	希望する利用時間数等	その他留意事項
その他		

※この様式に準じた様式を使うこともできます。

# サービス等利用計画案（セルフプラン②）

しゅうかんけいかくひょう  
週間計画表

セルフプラン①と併せて提出してください。

時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
								週単位以外のサービス

関係者に知っておいて欲しいこと  
(留意事項)