

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	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	☐ 居宅介護（身体介護）	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 時間 / 月	事業所名 ()
	☐ 居宅介護（家事援助）	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 時間 / 月	担当者 ()
	☐ 居宅介護（通院等介助）	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 時間 / 月	電話番号 ()
	☐ 居宅介護（通院等乗降介助）	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 回 / 月	
	☐ 重度訪問介護	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 時間 / 月	事業所名 ()
	☐ 同行援護 ・ 行動援護	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 時間 / 月	担当者 ()
	☐ 重度障害者等包括支援	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 単位 / 月	電話番号 ()
日中活動	☐ 就労選択支援	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	原則の日数 ・ () 日 / 月	事業所名 ()
	☐ 就労移行支援	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	原則の日数 ・ () 日 / 月	担当者 ()
	☐ 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	電話番号 ()
	☐ 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	
	☐ 生活介護	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	原則の日数 ・ () 日 / 月	
居住系	☐ 共同生活援助	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	当該月の日数 ・ () 日 / 月	事業所名 ()
	☐ 施設入所支援 ・ 療養介護	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	当該月の日数 ・ () 日 / 月	担当者 ()
	☐ 宿泊型自立訓練	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	当該月の日数 ・ () 日 / 月	電話番号 ()
その他	☐ 短期入所	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	() 単位 / 月	事業所名 ()
	☐ 就労定着支援	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	当該月の日数 ・ () 日 / 月	担当者 ()
	☐ 自立生活援助	(継続 ・ 新規 ・ 変更 ・ 取消)	当該月の日数 ・ () 日 / 月	電話番号 ()

○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。

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	おも にかじょうせい かつじょう かつどう 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								しゅうたん いがい 週単位以外のサービス

かんけいしゃ し
関係者に知って
おいて欲しいこと
(留意事項)