

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン) 作成者

(本人との関係)

利用者(児童)氏名	生年月日	年 月 日生	連絡先電話番号	()
受給者証番号	障害支援区分	なし・1・2・3・4・5・6	計画作成日	年 月 日

利用者とその家族の生活に対する意向(かなえたい生活)	
困っていること	

利用したいサービスとそれを利用してかなえたい生活	利用したいサービス		利用するサービス量	サービスを利用してかなえたい生活	かなうまでの期間
	家で	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> その他() (内容)	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="radio"/> 月 時間 <input type="radio"/> 月 時間 <input type="radio"/> 月 時間 <input type="radio"/> 月 時間	
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護	月 31 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
通う所	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> その他() (内容)	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	週・月 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
その他	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()		月 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
児童	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他() (内容)	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	週・月 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続

サービス提供事業者に配慮して欲しいこと	
---------------------	--

障害福祉課記入欄	支給量	日/月	日/月	単位	合計	単位	利用単位@	×	時間=	単位
確認者	<input type="radio"/> 居宅介護の場合 <input type="radio"/> 上限区分 /						利用単位@	×	時間=	単位
							利用単位@	×	時間=	単位