

【記載例】 サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名 守山 太郎	障害支援 区分	生年月日 ねん がつ 日にち	連絡先電話番号 — —
受給者番号	計画作成日 ねん がつ 日にち	作成補助者（または保護者）	

◎困っていること、希望する生活や目標について

困っていること	部屋の片付けができない。早く就職したい。
希望する生活や目標	身の回りことが自分でできるようになる。就職をする。

◎これから利用したいサービス

日中活動	<input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<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"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活・機能）	目標： 一人で仕事ができるようになる。 回数： 週 5 回
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	目標： 回数： 週 月 回
	<input checked="" 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"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	目標： 整理整頓ができるようになる。 回数： 週 1 回
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援		目標： 映画館で映画を見る。 回数： 月 1 回

障害福祉課 受理日	年 月 日	障害福祉課 担当者	
-----------	-------	-----------	--

