

# サービス等利用計画案・児童支援利用計画案（セルフプラン）

セルフ様式1-1

利用者氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	（ 歳）	保護者氏名	続柄	
住所	〒			電話番号		作成補助者	本人との関係		
身体手帳	なし・（ ）級	障害部位（ ）	療育手帳	なし・A・B1・B2		精神手帳	なし・（ ）級	自立支援（精神）	なし・あり
難病疾患名	障害支援（程度）区分			なし・区分1・2・3・4・5・6		計画案作成日	令和 年 月 日		

◎生活の希望や目標、困っていること（課題）などを記入してください。（あてはまるものにチェックするか、その他に記入してください）

希望する生活、目標など (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 元気に仕事をしたい <input type="checkbox"/> 友だちを作って仲良くしたい <input type="checkbox"/> 健康に過ごしたい <input type="checkbox"/> 1人暮らしをしたい	<input type="checkbox"/> その他	困っていること 課題 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1人で過ごすことが難しい <input type="checkbox"/> 1人では外へ出られない <input type="checkbox"/> 1人で仕事（作業）するのは難しい <input type="checkbox"/> 1人では家事が難しい	<input type="checkbox"/> その他
------------------------	---	------------------------------	--------------------------	---	------------------------------

◎利用（継続）・変更したいサービスについて、□に（レ）を入れ、目標、利用回数等を記入してください。

日中活動	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<目標> (複数可) <input type="checkbox"/> 毎日元気に通所する <input type="checkbox"/> 仕事（作業）をできるようになる <input type="checkbox"/> 仲間となかよく過ごす <input type="checkbox"/> トイレ・入浴介助を受けて健康に過ごす <input type="checkbox"/> その他	<利用（予定）事業所名>  <利用回数（例：週3日、月10日など）> 週（ ）日・月（ ）日 <利用（継続）開始日> 令和 年 月 日から
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<目標> (複数可) <input type="checkbox"/> 家事をできるようになる <input type="checkbox"/> 家と違う所で泊まる練習をする <input type="checkbox"/> 仲間となかよく暮らす <input type="checkbox"/> トイレ・入浴介助を受けて健康に過ごす <input type="checkbox"/> その他	<利用（予定）事業所>  <利用（継続）開始日> 令和 年 月 日から
	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介護・通院介助・通院等乗降介助） <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	<目標> (複数可) <input type="checkbox"/> 家での支援を受けて健康に過ごす <input type="checkbox"/> 家と違う所で泊まる練習をする <input type="checkbox"/> 通院支援を受けて健康に過ごす <input type="checkbox"/> 外出の機会を増やす <利用頻度（例：1回1時間×週2回など）> 週（ ）日・1回あたり（ ）時間	<利用（予定）事業所名>  <利用（継続）開始日> 令和 年 月 日から
			<利用頻度（例：1回1時間×週2回など）> 週（ ）日・1回あたり（ ）時間	<利用（継続）開始日> 令和 年 月 日から

◎上記以外で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。

その他	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型 <input type="checkbox"/> その他	<目標（複数可）> <input type="checkbox"/> 外出の機会を増やす <input type="checkbox"/> 活動の場を広げる <input type="checkbox"/> その他	内容
-----	---	--	----

