

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン)

氏名(児童名)	自署 又は 押印	生年月日	保護者氏名 (児童の場合)	自署 又は 押印
住所	連絡先		()	—
手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉 <input type="checkbox"/> なし	疾患名・医療の状況		
障害支援区分	(区分)	1 2 3 4 5 6		
現在の生活の状況 および困っていること				
生活に対する希望				
長期目標				
短期目標				

本人の希望・ニーズ	障害福祉サービス・その他社会的資源		達成時期	備考
	種類	内容・量(頻度・時間)		
			・ ・	
			・ ・	
			・ ・	
			・ ・	
作成協力者(事業所名)		計画提出日	計画開始日	

◎上記のとおり障害福祉サービスに係るセルフプランを提出します。

サービス等利用計画・障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

週間予定表は利用するサービス(種類・内容・量)を記載する。

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週間予定表に記載できないサービス種類
6:00								種類
8:00								内容
10:00								頻度・量
12:00								種類
14:00								内容
16:00								頻度・量
18:00								種類
20:00								内容
22:00								頻度・量
0:00								種類
2:00								内容
								頻度・量
【備考】								

障害福祉課記入欄

備考

障害福祉係