

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルプラン①）

利用者氏名		昭和・平成・令和	年	月	日
受給者番号	障害支援区分	生年月日	計画作成日	作成補助者（または保護者）	連絡先電話番号

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、
目標など

◎これから利用したいサービス

日中活動 □就労移行支援 □就労継続支援A型 □就労継続支援B型 □生活介護 □その他（ □共同生活援助 □施設入所支援 □その他（ □居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） □重度訪問介護 □同行援助 □短期入所 □その他（	□児童発達支援 □放課後等デイサービス □医療型児童発達支援 □自立訓練（生活・機能） □宿泊型自立訓練 □児童発達支援 □放課後等デイサービス □医療型児童発達支援 □自立訓練（生活・機能） □宿泊型自立訓練 □居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） □重度訪問介護 □同行援助 □短期入所 □その他（	目標： 目標： 目標：	週・月 週・月 週・月 回 回 回
住まい □その他			
その他			

セルプラン①及び②を、八雲町から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示する事に同意します。

氏名

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

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②）

しゅうかんけいかくひょう
◎週間計画表

げつ	か	ずい	もく	きん	と	にち	しゅうたん
月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）