

## サービス等利用計画案(セルフプラン)

\* 初めてセルフプランを提出する際は、申出書の添付が必要です。

作成年月日

フリガナ		年齢	
児童氏名		生年月日	
フリガナ		続柄	
代筆者氏名			

## こうありたいと思う暮らし

--

## こうありたいと思う暮らしに必要なこと

【障害児通所支援】	【居宅介護系】
<input type="checkbox"/> 療育を受けたい <input type="checkbox"/> 機能訓練を受けたい (児童発達支援・肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを含む) <input type="checkbox"/> 家で訓練を受けたい(居宅訪問型児童発達支援) <input type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい(放課後等デイサービス) <input type="checkbox"/> 社会と交流したい(放課後等デイサービス) <input type="checkbox"/> 保育所等でアドバイスを受けたい(保育所等訪問支援) <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 身のまわりのことをてつだってほしい(身体介護) <input type="checkbox"/> 一人でできない調理や洗濯、掃除などを一緒にしたい(身体介護) <input type="checkbox"/> ヘルパーに家事をてつだってほしい(家事援助) <input type="checkbox"/> 病院等につきそってもらいたい(通院等介助) <input type="checkbox"/> 外出につきそってもらいたい(移動支援) <input type="checkbox"/> 通学につきそってもらいたい(通学支援) <input type="checkbox"/> 視覚障害のため外出につきそい代読や代筆をしてもらいたい(同行援護) <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい <input type="checkbox"/> その他( )
【居住系、その他】	
<input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい(短期入所・短期入所医療型) <input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい(日中一時支援) <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを引き続き使いたい <input type="checkbox"/> その他( )	

## 利用する福祉サービス等

【障害児通所支援】		
サービス種類	希望する時間数等	利用する事業所名
<input type="checkbox"/> 児童発達支援	日/月	
<input type="checkbox"/> 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うもの)	日/月	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月	
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月	
【居宅介護系】		
サービス種類	希望する時間数等	利用する事業所名
<input type="checkbox"/> 身体介護	時間/月	
<input type="checkbox"/> 家事援助	時間/月	
<input type="checkbox"/> 通院等介助	時間/月	
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	回/月	
<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月	
<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月	
<input type="checkbox"/> 移動支援	時間/月	
<input type="checkbox"/> 通学支援	時間/月	
【居住系、その他】		
サービス種類	希望する時間数等	利用する事業所名
<input type="checkbox"/> 短期入所	日/月	
<input type="checkbox"/> 短期入所医療型	日/月	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援	日/月	
【その他のサポート・留意事項】		

**【週間計画表】**

児童氏名	
生年月日	年 月 日

1週間の定例の予定を記入してください。

※利用日数・時間数の合計が支給量と概ね一致するよう計画してください。

※何曜日の何時にどんなサービスを利用するのか（通所、居宅介護サービスは種類や事業所名）を記入してください。

※その他、主な日常生活上の活動（通園・通学については施設名、習い事の種類など）を記入してください。

曜日	月	火	水	木	金	土	日・祝
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							
24:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							

**【週単位以外のサービス】**

週間予定表では書ききれないサービスについて、記入してください。

--

その他、日常生活上の活動や補足事項があれば、記入してください。

--