

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		保護者氏名		続柄		セルフプラン作成者	
住所	〒					電話番号	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女	計画作成日	年 月 日	

1.現在の状況

手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし						
障害又は疾患名							
障害支援区分	無・有 (有の場合)非該当 1 2 3 4 5 6 (認定有効期間) 年 月 日～ 年 月 日						
介護保険区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5						
利用中のサービス	サービスの種類	支給量(頻度・時間)		現在の生活状況 家族の状況			
医療の状況	(医療機関名)			(通院頻度)			

自署または記名押印

---

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)

利用者氏名 \_\_\_\_\_

2.今後の計画

本人、家族等の生活に対する意向、目標など	
----------------------	--

優先順位	本人の希望・ニーズ	サービスの種類	支給量(頻度・時間)	備考
1				
2				
3				
4				

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③)

3.週間計画表

利用者氏名 \_\_\_\_\_

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--