

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）

利用者氏名（児童氏名）		利用者（児童）生年月日	（ 歳）	利用者（児童）住所	中央区
保護者氏名（申請者氏名）		本人との続柄		連絡先電話番号	
計画作成者		障害児通所受給者番号		計画作成支援者	

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	
----------------------------	--

	本人の希望や生活全般の解決すべき課題	支援目標（支援内容）	支援期間	利用する福祉サービス等		利用する事業所名 利用する曜日	左記以外で利用するサービス 種類・内容・量・頻度 （学童保育・プレディなど）
				種類・内容	量・時間		
			1年	☐放課後等デイサービス 月 ____ 日 ※ ☐児童発達支援 月 ____ 日 ※ ☐保育所等訪問支援 月 ____ 日 ※ 上限 月23日 ※ 同日に複数の事業所は利用できません			

計画案の作成について、該当する方はチェックをお願いします。

☐ 相談支援事業所への依頼を希望します。

※☒していた方には順次電話にてお声掛けさせていただきます。 急ぎの方は別途お電話にてご連絡ください。

障害福祉サービスを受給するにあたり、サービス等利用計画（案）を相談支援事業者に依頼するのではなく、自ら作成するセルフプランによる提出を希望します。
セルフプランの場合、相談支援事業者に依頼した場合に行われるサービス事業者との調整や定期的な計画見直し（モニタリング）が実施されないことなどについて説明を受け、理解しています。
また、通所事業所より正式な届出があり必要と判断された場合に、セルフプランの内容について通所事業所との情報共有について同意します。（事業所間連携）

年 月 日 署名

区記入欄	計画相談希望確認	有 ・ 無	計画確認者	相談支援係	中央区
------	----------	-------	-------	-------	-----

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】(セルフプラン)

利用者氏名(児童氏名)		利用者(児童)生年月日		利用者(児童)住所	中央区
-------------	--	-------------	--	-----------	-----

注意事項

- ・同じ日に複数の事業所は利用できません。
- ・待機中の場合も、仮の予定として週間計画に記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日・祝	通学・通園先	
6:00 8:00 10:00 12:00 14:00 16:00 18:00 20:00 22:00 0:00 2:00 4:00								名称 _____ ☐ 保育園 ☐ 幼稚園 ☐ 小学校 ☐ 中学校 ☐ 高等学校 ☐ 特別支援学校 ※利用があれば☑を入れてください。 ☐ 特別支援学級 ☐ 通級	
								週単位以外のサービス	