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）阪南市

計画作成日	令和　　年　　月　　日

氏名 （児童氏名）		保護者氏名 （児童の場合）				セルフプラン作成者	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	年齢	歳	性別	男性　・　女性	障害支援区分	なし　・区分（　　）
住所	〒					電話番号	
困っていることに✔を入れてください	□仕事・日中活動のこと　□食事やそうじなど身の回りのこと　□住まいのこと　□外出時のこと　□緊急時のこと □その他［　　］						
本人の意向 （希望する生活）							
家族の意向 （希望する生活）							

◎これから利用したいサービス

日中活動系サービス	□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 □自立訓練（生活・機能） □その他（　　） □児童発達支援 □放課後デイサービス □医療型児童発達支援	利用回数 日／月	居住系サービス	□宿泊型自立訓練　□療養介護 □グループホーム　事業所（指定・外部） 介　護（要・否） □施設入所	利用回数 日／月
訪問系サービス	□家事援助	時間／月	その他のサービス	□重度障害者等包括支援	日／月
	□身体介護	時間／月		□短期入所	日／月
	□通院介助（院内必要　理由	時間／月		□地域移行支援	日／月
	□通院乗降	回／月		□地域定着支援	日／月
	□重度訪問介護	時間／月		□移動支援	時間／月
	□行動援護	時間／月		□日中一時支援	日／月
	□同行援護	時間／月		□その他（　　）	／月
利用内容 利用量 頻度・時間					市受付印
その他の留意事項			利用事業所		

利用者名		障害支援区分		セルフプラン作成者	

週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

その他	