記載例

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画（セルフプラン）

セルフプランを希望しますか。 □はい □いいえ　申請者氏名（保護者氏名）　印

※□いいえをチェックされる場合は、計画相談支援事業所からの計画の提出が必要となります。　※署名（自筆）の場合は、押印不要

ふりがな	○○　はなこ	生年月日	平成　29 年　5 月　1 日	連絡先電話番号	000 － 00 － 0000
利用者氏名（児童氏名）	○○　花子				
受給者証番号		障がい程度区分	なし・あり（1・2・3・4・5・6）	計画作成日	令和　○　年　8 月　1 日

希望する生活	・○○ができるようになりたい。 ・○○をがんばりたい。 ・友達と仲良くしたい。 ・学校へ行く準備が一人でできるようになりたい。 ・朝早く起きて、学校に行けるようになりたい。
家族等の意向	・毎日、学校に通ってほしい。 ・集団生活を通して、充実した時間を過ごしてほしい。 ・優しい行動や落ち着いた行動を身につけてほしい。 ・自立するために社会性を身につけてほしい。
目標	・毎日、学校に通い、友達と楽しく過ごす。 ・要求や意思を他の人へ伝えることができる。 ・ルールを守って、友達と仲良く遊ぶ。 ・一人でできることを増やし、スケジュールに沿って、自立的に生活する。

希望する生活のためにいつまでに何をするか

希望する生活のために何をするか	いつまでに（ 目標時期に ☑ ）
・早く寝て、早く起きれるように規則正しい生活をする。 ・決まりを守れるようになるための療育支援を受ける。 ・他人とのコミュニケーションをうまく取れるようになるため療育支援を受ける。 ・家族以外の人と落ち着いて過ごす。 ・身辺自立や自立した生活のため、手順書やスケジュールを準備し、活用する。	□1か月後 □半年後 ■1年後 □3年後 □その他（　）

利用する福祉サービス等

種類（ サービス名に ☑ ）	内容 ・ 量（頻度・時間）	提供事業者名（担当者名・電話）
□居宅介護（ 身体 ・ 家事 ・ 通院 ・ 乗降 ）　□行動援護　□同行援護 □短期入所　□生活介護 □施設入所支援　□共同生活介護（ｹｱﾎｰﾑ） □自立訓練（機能訓練）　□自立訓練（生活訓練）　□共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ） □就労移行支援　□就労継続支援（A型）　□就労継続支援（B型） □児童発達支援　■放課後等デイサービス　□保育所等訪問支援 □移動支援　□日中一時支援 □その他（　）	１５日／月	○○事業所

その他留意事項	家族の状況： 現在の生活状況： 医療の情報等

記載例

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00	起床・朝食・身支度						
8:00	登校（兄と一緒に登校）						
10:00	学校（〇〇小学校　〇年生）						
12:00						昼食	
14:00							
16:00	放デイ利用（●●●●）	下校（徒歩）	母がお迎え 英会話	放デイ利用（●●●●）			
18:00	夕食						
	入浴						
20:00							
22:00	就寝						
0:00							
2:00							
4:00							

事業所利用状況も含め、現在の生活状況をご記入ください

主な日常生活上の活動

〇〇小学校
放課後デイサービス　15日/月
●●●●事業所

英会話：毎週水曜日

休日は、祖母宅行ったり
家族で買い物に行く

週単位以外のサービス

●●病院：1回/3か月
作業訓練：
第3火曜日：16：00～17：00

作成者署名欄	