

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）

泉佐野市

利用者氏名 (児童氏名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日	計画案作成日	年 月 日
障害福祉サービス 受給者証番号	障害支援区分	なし・区分 ()		計画案作成補助者 氏名(続柄)・連絡先	電話

私は、障害福祉サービスを利用するにあたり、サービスの支給決定において勸案される「サービス等利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」による提出を希望します。

希望する生活・ 目標など	利用者： 家族：
-----------------	-------------

困っていること 解決したいことなど	利用したい障害福祉サービス			利用回数 事業所名	達成時期	
	訪問系 その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等介助） <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 移動支援	週 回 月 回	事業所名 ・ 継続
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	事業所名	
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	訪問系 その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等介助） <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 日中一時支援	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 移動支援	週 回 月 回	事業所名 ・ 継続
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	事業所名	
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		

※セルフプランについてさらに説明が必要な場合は、地域共生推進課までご連絡下さい。

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） 週間計画表

泉佐野市

利用者氏名 (児童氏名)				昭和 平成	年	月	日	障害福祉サービス 受給者証番号	
	生年月日								

	月	火	水	木	金	土	日・祝	週単位以外のサービス
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

行政担当課受理日	年 月 日	担当者	
----------	-------	-----	--