

セルフプラン用 サービス等利用計画案・児童支援利用計画案

計画案作成日 平成 年 月 日

利用者氏名 (児童氏名)	保護者氏名 (児童の場合)	障害福祉サービス・ 児童通所支援受給者証番号	障害支援区分
計画作成者・ 補助者氏名	利用者との関係: 本人 ・ 家族() ・ その他() 連絡先: - -		

希望する生活およびそのために必要な支援

困っていること・より良くしたいこと

提供される福祉サービスの利用により解決される・実現できる内容およびそれまでの期間

困っていることを解決し、より良くするための具体的な方策(サービスの具体的な利用方法など)およびそれまでの期間	
--------------------------------------------------------	--

サービス提供事業者に配慮してほしいこと(サービス提供するうえでの留意事項)

セルフプラン用 サービス等利用計画案・児童支援利用計画案【週間計画表】

週間予定表は利用するサービスの(種類・内容・量(時間))を記載する。								週間予定表に記載できないサービス
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00								種類
8:00								
10:00								頻度・量
12:00								
								種類
14:00								
16:00								
								頻度・量
18:00								
20:00								
								種類
22:00								
0:00								
								頻度・量
2:00								
4:00								

サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や福祉事務所・保健センター・児童相談所・での聞き取り内容を踏まえて決定されます。(2/2枚目)

