

【記載例】 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①）

利用者氏名	木更津 太郎	障害程度 区分	3	生年月日	昭和・平成 3年 1月 1日	連絡先電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
受給者番号	1234567890			計画作成日	令和5年4月1日	作成補助者（または保護者）	

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、 目標など	早く就職できるようになりたい。自分のことは自分でできるようになりたい。 水泳が得意なのでスペシャルオリンピックに出てみたい。
-----------------	---

◎これから利用したいサービス

住す まい	日中活動	☒ 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 ☐ その他（ ） ☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 自立訓練（生活・機能）	目標： ひとりで仕事ができるようになる。	（利用回数） 週 5 回
	共同	☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助 ☐ その他（ ） ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援	目標：	週・月 回
	在宅	☐ 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ） ☐ 重度障害者等包括支援 ☒ 行動援護 ☐ 地域定着支援	目標： スイミングスクールに通って水泳がうまくなる。	週 1 回
その他		移動支援	目標： 映画館で映画を見る。	月 1 回

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

木更津市障がい福祉課受理日	年 月 日	障がい福祉 担当者	
---------------	-------	-----------	--

【記載例】 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②）

しゅうかんけいかくひょう
◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうたんいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00	就労支援セ ンター△△	就労支援セ ンター△△	就労支援セ ンター△△	就労支援セ ンター△△	就労支援セ ンター△△	行動援護 (スイミン グ)	家族と過ごす (外出等)	
14:00							※月1回、 映画館に行く。	
15:00								移動支援（月1回、
16:00								にちようび えいがかん い 日曜日に映画館に行 く。）
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②（週間計画表）が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。（作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。）

【記載例】 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①）

利用者氏名	木更津 太郎	障害支援	—	生年月日	昭和・平成・令和 5年1月1日	連絡先電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
受給者番号	1234567890	区分	—	計画作成日	令和5年4月1日	作成補助者（または保護者）	木更津 花子

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活、目標など	本人…自分のペースで楽しく過ごしたい。／自立を目指したい。 母…落ち着いて座れるようになって欲しい。／手を繋いで歩けるようになって欲しい。／集団生活の中でのコミュニケーションを身に付けて貰いたい。
-------------	---

◎これから利用したいサービス

日中活動	☐ 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 ☐ その他（ ）	☒ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 自立訓練（生活・機能）	楽しく健康に過ごす。／言葉を使って無理なく他者に意思を伝えられるようになりたい。／コミュニケーション手段を身に付ける。／物の貸し借りをできるようになる。／自分から動けるようになりたい。／できることを増やしたい。	(利用回数) 週・月 5 回
住まい	共同	☐ 共同生活介護 ☐ 共同生活援助 ☐ その他（ ）		週・月 回
	在宅	☐ 居宅介護（家事援助・身体介助・通院等乗降介助・通院介助） ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ その他（ ）		週・月 回
その他	移動支援		映画館で映画を見る。	月1回

※この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使うことができます。

木更津市障がい福祉課受理日	年 月 日	障害福祉 担当者	
---------------	-------	----------	--

【記載例】 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②）

◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しゅうかんいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇	児童発達支援〇〇		家族と過ごす (外出等)	
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン②(週間計画表)が作成可能な場合は、セルフプラン①と併せて提出してください。(作成できない場合はセルフプラン①のみで結構です。)