

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）

八戸市

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

希望する生活・ 目標など	
-----------------	--

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等	福祉サービスを利用して できるようになりたいこと、達成時期	利用する予定の事業所名・ 利用回数など
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能・宿泊型) <input type="checkbox"/> 就労(移行・定着・継続A・継続B) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	達成時期：( )ヶ月 週・月 回 事業所名 見学 未・済( 月 日)
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能・宿泊型) <input type="checkbox"/> 就労(移行・定着・継続A・継続B) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	達成時期：( )ヶ月 週・月 回 事業所名 見学 未・済( 月 日)
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能・宿泊型) <input type="checkbox"/> 就労(移行・定着・継続A・継続B) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	達成時期：( )ヶ月 週・月 回 事業所名 見学 未・済( 月 日)

障がい福祉課受理日	年 月 日	担当者	
-----------	-------	-----	--

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

八戸市

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

	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								

障がい福祉課受理日	年	月	日	担当者	
-----------	---	---	---	-----	--