

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: () ケ月	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: () ケ月	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: () ケ月	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