

サービス等利用計画案（セルフプラン①）

利用者氏名		障害程度 区分	生年月日	昭和・平成	年	月	日	連絡先電話番号	—	—
受給者番号			計画作成日	令和	年	月	日	作成者（または補助者）		

◎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

①希望する生活											
②目標											
サービスの種類	①を達成するために何をするか	いつまでに（目標時期）					通所事業所 （事業所名・電話番号）				
<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援		<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
利用日数											
日／月											
その他											

障害福祉サービスを利用するにあたり、セルフプランによる申請を希望します。また、セルフプランのばあい、相談支援事業所に依頼した場合には、おこなわれるサービス提供事業者との調整や定期的な計画見直し（モニタリング）が実施されないことなどについて説明を受け、理解しています。

江南市 ふくし支援課	担当者	
---------------	-----	--

サービス等利用計画案（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								
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①と併せて^{あわ}提出^{ていしゅつ}してください。