

サービス等利用計画案(セルフプラン)

調布市障害福祉課 提出用
2025年10月版

今後の計画案の作成について

- 今回と同様、セルフプランでの提出を希望する。
- 相談支援事業所での計画作成を希望する。希望の事業所()
(必要な場合、調布市から指定相談支援事業者に対し、サービス等利用計画作成の希望状況に関する情報を提供することに同意する。)

利用する人(児童)の名前		生年月日	ねん年 がつ月 にち日
--------------	--	------	-------------

記入日	ねん年 がつ月 にち日	利用者との関係	電話番号	-	-
記入者名					

現在の生活について

今困っていること 悩んでいること	
これから送りたい生活 せいかつ	

現在、利用したい(利用を続けたい)サービス

訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 行動援護	つかよひ通所系	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援	りょうじせんじ	その他	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援

必要な時間・日数	サービスを利用して実現したいこと	実現の時期
サービス名() <input type="checkbox"/> 1か月に()時間 <input type="checkbox"/> 1週間に()日 <input type="checkbox"/> 1か月に()日		<input type="checkbox"/> ()年後 <input type="checkbox"/> ()か月後
サービス名() <input type="checkbox"/> 1か月に()時間 <input type="checkbox"/> 1週間に()日 <input type="checkbox"/> 1か月に()日		<input type="checkbox"/> ()年後 <input type="checkbox"/> ()か月後
サービス名() <input type="checkbox"/> 1か月に()時間 <input type="checkbox"/> 1週間に()日 <input type="checkbox"/> 1か月に()日		<input type="checkbox"/> ()年後 <input type="checkbox"/> ()か月後

サービス提供者に伝えたいこと

その他に利用したいサービス

※この計画の内容を参考にして市で支給量を決めますが、希望の量と実際の支給量は異なる場合があります。