

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案（セルフプラン用①）【志木市】

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	連絡先電話番号	
利用者氏名(児童氏名)		本人との続柄			
保護者氏名		障がい程度区分	なし・区分1・2・3・4・5・6	計画作成日	
障がい福祉サービス受給者証番号				作成補助者 (または保護者)	
児童通所受給者所番号					

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

利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活や目標)		
今後の方針	長期目標	
	短期目標	

解決すべき課題と目標達成時期

	本人の希望や生活全般の解決すべき課題	目標達成時期 (いつ頃までに)	利用する福祉サービス等		課題解決のために本人が取り組むこと	備考
			種類・内容	量・時間		
1						
2						
3						
4						
5						