

【週間計画表】

サービス等利用計画案・障害児相談支援利用計画案(セルフプラン②)

利用者氏名(児童氏名)	障害福祉サービス 受給者証番号	児童通所 受給者証番号
-------------	-----------------	-------------

※「基本情報」及び「セルフプラン①」と併せて提出してください

時間	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								週単位以外のサービス
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

備考	
----	--