

《未就学児》 障害児支援利用計画(セルフプラン) 記入例 計画作成日 年 月 日

ふりがな 児童氏名	としま たろう 豊島 太郎	ふりがな 保護者氏名	としま じろう 豊島 二郎	続柄 父	作成者 氏名欄	本人との関係(母) 豊島 花子
受給者番号		〒住所	171-8422 豊島区南池袋 2-45-1 としまマンション201	電話番号	03-3981-0000	
生年月日	令和2年1月1日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	FAX番号	03-3981-0000	

1. 現在の状況

手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> その他( )					
障害又は疾患名						
校名・園名	●●幼稚園・●●保育園					
特別支援学級	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (学級名: ) <input type="checkbox"/> 無し					
利用中のサービス	種類(サービス名に☑)			利用中の事業所名・日数(○日/月)		
	<input checked="" type="checkbox"/> ①児童発達支援 <input type="checkbox"/> ②医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ③短期入所 <input type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ⑤その他 ( )			① ●●事業所 ・ 5日/月		

2. 今後の計画

課題(困っていること)	希望する生活
・今はお友だちとコミュニケーションをとるのが苦手なので、お友だちとの関わり方を身につけたい。	・コミュニケーションがうまくとれるようになる。 ・楽しい保育園生活が送れるようになる。

3. 希望する生活のためにいつまでに何をするか

目 標	支 援 内 容	いつまでに(目標時期に ☑)
・友だちとの関わりを楽しむ	・いろいろな遊びや活動の中で、大人が仲介しながらお友だちとの関わり方を経験していく。	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )
・伝わりやすい言葉を習得する	・STの指導をうけながら、本人が自信をもって話せるように支援していく。	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )
・子育ての不安を解消する(母)	・子育て支援サークルに参加して仲間を見つける。	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )

4. 利用するサービス

利用するサービス	種類(サービス名に☑)	利用する事業所名・日数(○日/月)
	<input checked="" type="checkbox"/> ①児童発達支援 <input type="checkbox"/> ②医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ③短期入所 <input type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ⑤その他 ( )	① ●●事業所 ・ 5日/月

その他留意事項	その他の受けているサービス等
---------	----------------

障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 (受診予定や地域活動も記入してください)						
6:00	就寝							・〇〇病院(小児科) 月1回 ・△△整形外科(整形) 月2回 ・□□耳鼻科(耳鼻科) 週1回						
8:00	朝食													
10:00	西部子ども家庭支援センター													
12:00									昼食					
14:00									通院 (耳鼻科)					
16:00									週単位以外のサービス					
18:00	風呂								・〇〇〇教室(月1回)教育相談					
20:00	夕食													
22:00	就寝													
0:00														
2:00														
4:00														

※ サービスの種類や支給量は、この計画案のほか、障害支援区分や障害福祉課・保健所等での聞き取りの内容をふまえ、支給基準時間をもとに決定されます。また、他の様式にかえて提出することもできます。

区確認日	
------	--

《就学児》 障害児支援利用計画(セルフプラン) 記入例

計画作成日

年 月 日

ふりがな 児童氏名	としま たろう 豊島 太郎	ふりがな 保護者氏名	としま じろう 豊島 二郎	続柄 父	作成者 氏名欄	本人との関係(母) 豊島 花子
受給者番号	●●●●●●●●●●	〒住所	171-8422 豊島区南池袋 2-45-1 としまマンション201	電話番号	03-3981-0000	
生年月日	平成27年1月1日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	FAX番号	03-3981-0000	

1. 現在の状況

手帳の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> その他( )					
障害又は疾患名						
校名・園名	●●●●小学校					
特別支援学級	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (学級名: ●●学級) <input type="checkbox"/> 無し					
利用中のサービス	種類(サービス名に☑)			利用中の事業所名・日数(○日/月)		
	<input type="checkbox"/> ①児童発達支援 <input type="checkbox"/> ②医療型児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> ③短期入所 <input type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ⑤その他 ( )			③ ●●事業所 ・ 5日/月		

2. 今後の計画

課題(困っていること)	希望する生活
・親が共働きで、放課後の見守りができない。 ・こだわりが強く、人とコミュニケーションをとるのが苦手。	・親が帰宅するまでの見守りを願います。 ・コミュニケーションがうまくとれるようになる。

3. 希望する生活のためにいつまでに何をするか

目 標	支 援 内 容	いつまでに(目標時期に ☑)		
・放課後に過ごすことができる施設へ通う。	・放課後は、通所施設で安全で楽しい時間を過ごせるようにする。	<input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 半年後	<input type="checkbox"/> 1年後
・たくさん友達をつくる。	・通所施設での集団活動の中で、人との関わり方を経験していく。	<input type="checkbox"/> 3年後	<input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 半年後	<input type="checkbox"/> 1年後
		<input type="checkbox"/> 3年後	<input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 半年後	<input type="checkbox"/> 1年後
		<input type="checkbox"/> 3年後	<input type="checkbox"/> その他( )	

4. 利用するサービス

利用するサービス	種類(サービス名に☑)	利用する事業所名・日数(○日/月)
	<input type="checkbox"/> ①児童発達支援 <input type="checkbox"/> ②医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ③短期入所 <input checked="" type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ⑤その他 ( )	④ ●●事業所 ・ 23日/月

その他留意事項	その他の受けているサービス等	移動支援
---------	----------------	------

障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 (受診予定や地域活動も記入してください)		
6:00	就寝							・〇〇病院(小児科) 週1回 ・△△整形外科(整形) 月2回		
8:00	起床・朝食・準備									
10:00	小学校通学					通院 (小児科)				
12:00						昼食				
14:00										
16:00										
18:00	夕食								週単位以外のサービス ・短期入所 月5日	
20:00	風呂									
22:00	就寝									
0:00										
2:00										
4:00										

※ サービスの種類や支給量は、この計画案のほか、障害支援区分や障害福祉課・保健所等での聞き取りの内容をふまえ、支給基準時間をもとに決定されます。また、他の様式にかえて提出することもできます。

区確認日	
------	--