

《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	170-0013 豊島区南池袋～	電話番号	090-0000-0000	
生年月日	令和○年○月○日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	FAX番号	03-0000-0000	

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 checked="" type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> その他( )					
校名・園名	●●幼稚園・●●保育園	特別支援学級	<input type="checkbox"/> 有り(学級名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 無し			
障害又は疾患名	ADHDの疑い、言葉の遅れ など					
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		<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;">更新の方はご記入ください</div>		

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体験していく。	<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の指導を受けながら、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		<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;">週1回は月5日 週2回は月10日</div>

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

1. セルフプランをご利用予定の事業所へ共有することに同意する。

2. セルフプラン提出理由(必ずどちらかに☑をしてください。)

身近な地域に指定障害児相談支援事業所がないため

対象児の保護者がセルフプランの提出を希望するため

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							
8:00	朝食														
10:00	〇〇幼稚園														
12:00									昼食						
14:00	●●事業所														
16:00									風呂						
18:00	夕食							週単位以外のサービス							
20:00	就寝														
22:00									就寝						
0:00									就寝						
2:00									就寝						
4:00	就寝														

※ 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	
------	--