

障害児支援利用計画(セルフプラン)

計画作成日 年 月 日

ふりがな 児童氏名		ふりがな 保護者氏名		続柄	作成者 氏名欄	本人との関係()
受給者番号		〒住所		電話番号		
生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	FAX番号		

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()
校名・園名			特別支援学級	<input type="checkbox"/> 有り	(学級名: <input type="checkbox"/> 無し)
障害又は疾患名					
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居宅型児童発達支援			
	<input type="checkbox"/> ③放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> ④保育所等訪問支援			
	<input type="checkbox"/> ⑤短期入所	<input type="checkbox"/> ⑥その他()			

2. 今後の計画

課題(困っていること)	希望する生活

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☑)
		<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()
		<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()
		<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居宅型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ③放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ④保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> ⑤短期入所 <input type="checkbox"/> ⑥その他()	

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。)

対象児の保護者がセルフプランの提出を希望するため

身近な地域に指定障害児相談支援事業所がないため

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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
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	
------	--