

《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 平成○年○月○日	性別 ☒ 男 ☐ 女	FAX番号 03-3981-0000			

1. 現在の状況

手帳の状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳(愛の手帳) ☒ 手帳なし ☐ その他()				
校名・園名	●●学校	特別支援学級	☒ 有り (学級名:○○学級) ☐ 無し		
障害又は疾患名	ADHD				
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)		
	☒ ①児童発達支援 ☐ ②医療型児童発達支援 ☒ ③短期入所 ☐ ④放課後等デイサービス ☒ ⑤その他 (移動支援)		④ ●●事業所 5日/月 ■■事業所 15日/月 合計 20日/月		

更新の方はご記入ください

2. 今後の計画

課題(困っていること)	希望する生活を送るための目標
・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。	☒ 1ヶ月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他()
・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。	☐ 1ヶ月 ☒ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他()
		☐ 1ヶ月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ 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☑)	利用中の事業所名・日数(○日/月)
	☐ ①児童発達支援 ☐ ②医療型児童発達支援 ☐ ③短期入所 ☒ ④放課後等デイサービス ☒ ⑤その他 (移動支援)	④ ●●事業所 5日/月 ■■事業所 15日/月 合計20日/月 ⑤ △△事業所 10時間/月 (通学のため)

週1回は月5日
週2回は月10日

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
---------	----------------	------

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) 週1回 ・△△整形外科(整形) 月2回 ・スイミング 週1回					
	起 床 ・ 朝 食 ・ 準 備												
8:00	移動支援(ヘルパー)			移動支援(ヘルパー)									
10:00	●●小学校					通院 (小児科)							
12:00						昼 食							
14:00						スイミング							
16:00	●●事業所	●●事業所	■■事業所	■■事業所	■■事業所			週単位以外のサービス					
18:00	移動支援(ヘルパー)		移動支援(ヘルパー)										
	夕 食												
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