

【セルフプラン】

①障害児支援利用計画案

作成者		児童との関係	
作成補助者		児童との関係	

保護者氏名		保護者生年月日	昭和・平成	年	月	日	連絡先	(自宅)	—	—
児童氏名		児童生年月日	平成・令和	年	月	日		(携帯)	—	—
住 所										
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分	なし ・ あり (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6)					診断名		

(1)現在の生活状況 (感じている課題)	
(2)希望する生活 (長期目標)	

(3)希望する生活や目標のために利用を希望するサービスについて				
(3)-1サービスの種類(サービス名に☑)		(3)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で 本人・家族が行うこと(短期目標)	(3)-3サービスの量・頻度	(3)-4提供事業所
日 中 活 動	☐ 短期入所(ショートステイ)			
	☐ 児童発達支援(未就学児童) ☐ 放課後等デイサービス(就学児童)			
	☐ 保育所等訪問支援			
在 宅	☐ 居宅介護 (☐ 家事援助、 ☐ 身体介護、 ☐ 通院等介助)			
	☐ 行動援護			
地 活	☐ 移動支援 ☐ 地域活動支援センターⅡ型 ☐ 日中一時支援 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 意思疎通支援事業			

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】 ② 週間サービス計画表

保護者氏名

児童氏名

週間予定表は利用するサービスの[種類・内容・量(時間)]を記載する。								週単位以外や不定期のサービス・通院等
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00								① サービスの種類
								内容・提供事業所
								量・頻度
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								② サービスの種類
								内容・提供事業所
								量・頻度
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								③ 通院先病院名
								主治医
								通院頻度
0:00								
2:00								
4:00								