

【セルフプラン】

①障害児支援利用計画案

作成者氏名児童との関係父、母等

作成補助者氏名児童との関係〇〇事業所、学校等

保護者氏名氏名保護者生年月日昭和・平成年月日

児童氏名氏名児童生年月日平成・令和年月日

住所名取市…

連絡先(自宅) ××× — ××× — ×××

(携帯) △△△ — △△△ — △△△

障害福祉サービス受給者証番号

利用するサービスの支援範囲を確認した上で、サービスを利用して実現したい生活を記入してください。

なしあり(1・2・3・4・5・6)

診断名

◆◆病、◆◆障害等

(1)現在の生活状況(感じている課題)例)経験したことがないこと・慣れないことに対する不安が大きい。緊急時、本人を預けられる場所がない。

(2)希望する生活(長期目標)例)家庭と学校以外の場へ外出する機会を得ることで、様々な経験を積む。自宅以外の場所でも安定して過ごすことができる。

(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)

例)＜本人＞自宅以外の環境に慣れる。＜家族＞緊急時に備え、時々泊る練習をしておく。

5日/月 不定期

☐☐事業所

☐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)

例)＜本人＞予定を確認して活動に参加する。＜家族＞通所を継続できるような声がけをする。

15日/月 月・水・金曜日

◎◎事業所 ●●事業所

☑保育所等訪問支援

例)＜家族＞自宅・学校・通所先それぞれでの本人の様子を共有・把握する。

2日/月 不定期

▲▲事業所

希望する生活に向けて日常生活でできる事を、できるだけ具体的に記入してください。

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

(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)-2希望する生活のためにサービスを利用する上で家族・本人が行うこと(短期目標)

＜家族＞

＜本人＞

※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。

