セルフプラン記入見本　児童支援利用計画案（セルフプラン）※　表　面

18歳未満用

作成日：令和　5年　1月　15日

ふりがな 児童氏名	箕面　一郎	通所受給者証（ピンク色）番号	11111	児童生年月日	(平成)・令和　28年　10月　10日（6歳）	電話番号	072−727−9520
ふりがな 計画作成者氏名	箕面　花子	児童との関係：母	障害福祉サービス受給者証（青色）番号	手帳の有無	□身体障がい者手帳　□療育手帳 □精神障がい者保健福祉手帳　☑手帳なし	疾患名	自閉症スペクトラム

希望する生活・目標など	日常生活で自分のできることを増やす。友達との関わりの中で社会性を身につける。　等

希望する生活に必要なこと

【障害児通所支援】
- ☑療育を受けたい
- □訓練を受けたい（児童発達支援・医療型児童発達支援）
- □治療を受けたい（医療型児童発達支援）
- ☑集団生活に馴染みたい（放課後等デイサービス）
- □社会と交流したい（放課後等デイサービス）
- □保育所等でアドバイスを受けたい（保育所等訪問支援）
- □現在利用している児童通所サービスを継続して利用したい
- □その他（　　）

【居宅介護系】
- □身のまわりのことをてつだってほしい（身体介　　）
- □病院等につきそってもらいたい（通院等介助）
- □外出につきそってもらいたい（移動支援）
- □視覚障害のため外出につきそい代読や代筆をしてほしい（同行援護）
- □現在利用している福祉サービスを継続して利用したい

【居住系、その他】
- □現在利用している福祉サービスを継続して利用したい
- □その他（　　）

対象の児童が希望する生活を、保護者様が代弁してお書きください。

ご利用のサービスの該当項目に☑またはご記入ください。

利用する福祉サービス等

サービス種類	希望する日数等	利用する事業者名
障害児通所支援		
□児童発達支援	日/月	
□医療型児童発達支援	日/月	
□放課後等デイサービス		○○事業所
		△△事業所
	10日/月	
□保育所等訪問支援	日/月	
□居宅訪問型児童発達支援	日/月	

サービス種類		希望する時間数	利用する事業者名
居宅介護系	□身体介護	時間/月	
	□家事援助	時間/月	
	□通院等介助	時間/月	
	□通院等乗降介助	回/月	
	□行動援護	時間/月	
	□同行援護	時間/月	
	□移動支援	時間/月	
その他	□短期入所	日/月	
	□日中一時支援	日/月	
	□日中一時支援（継続）	日/月	

【その他のサポート・留意事項】

週間予定表記入見本

【週間計画表】

※ 裏面

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								・習い事をしている。 ・塾に行っている。 ・日曜日は親と一緒に出かけている。
8:00								
10:00	小学校	小学校	小学校	小学校	小学校			
12:00						放課後等デイサービス（事業者名）		
14:00	放課後等デイサービス（事業者名）		放課後等デイサービス（事業者名）		放課後等デイサービス（事業者名）			
16:00								
18:00								週単位以外のサービス
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

日頃どんな活動をしているのか、具体的に記入します。

何曜日にどんなサービスを、どの事業所で利用するのかを記入します。

保育所・幼稚園・学校・学童など

児童の場合、該当がなければ記入の必要はありません。

（　　）で囲んだ箇所をご記入ください。