

児童支援利用計画案（セルフプラン）

さいみん よう
18歳未満用

作成日：令和 年 月 日

ふりがな		つうしよじゆきゆうしやしやしょう ばんごう 通所受給者証（ピンク色）番号	へいせい れいわ ねん がつ 日にち 平成・令和 年 月 日（ 歳）	でんわばんごう 電話番号	— —
児童氏名		じどう りようしや せいねんがっぴ 児童（利用者）生年月日			
ふりがな	じどう かんけい 児童との関係	しんたいしやう しゃてちやう 障害福祉サービス受給者証（青色）番号	しんたいしやう しゃてちやう <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	りよういくてちやう <input type="checkbox"/> 療育手帳	
計画作成者氏名		てちやう うむ 手帳の有無	せいしんしやう しゃほけんふくしてちやう <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 手帳なし	しつかんめい 疾患名

きぼう せいかつ もくひよう 希望する生活・目標など					
希望する生活に必要なこと	しょうがいじつうしよしえん 【障害児通所支援】 <input type="checkbox"/> 療育を受けたい <input type="checkbox"/> 訓練を受けたい <input type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい <input type="checkbox"/> 社会と交流したい <input type="checkbox"/> 保育所等でアドバイスをうけたい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）	きょたくかいごけい 【居宅介護系】 <input type="checkbox"/> 身のまわりのことをてつだってほしい（身体介護） <input type="checkbox"/> 病院等につきそってもらいたい（通院等介助） <input type="checkbox"/> 外出につきそってもらいたい（移動支援） <input type="checkbox"/> 視覚障がい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） <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい <input type="checkbox"/> その他（ ）	きょけいけい た 【居住系、その他】 <input type="checkbox"/> 現在利用している福祉サービスを継続して利用したい <input type="checkbox"/> その他（ ）		

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	サービス種類	希望する時間数	利用する事業者名
しょうがいはつうしよしえん <input type="checkbox"/> 児童発達支援	にち つき 日/月		<input type="checkbox"/> 身体介護	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 家事援助	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 通院等介助	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	かい つき 回/月	
しょうがいはつうしよしえん <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	にち つき 日/月		<input type="checkbox"/> 行動援護	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 同行援護	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 移動支援	じかん つき 時間/月	
			<input type="checkbox"/> 短期入所	にち つき 日/月	
			<input type="checkbox"/> 日中一時支援	にち つき 日/月	
【セルフプランの意思確認】どちらかにチェック☑をつけてください <input type="checkbox"/> セルフプランを希望 <input type="checkbox"/> 相談支援をつけたいが空きがないためセルフプランを希望					

