

児童支援利用計画案（セルフプラン）

18歳未満用

ふりがな			通所受給者証（ピンク色）番号	作成日：令和 年 月 日					でんわばんごう 電話番号	—	—
児童氏名			児童（利用者）生年月日	平成・令和	年	月	日（	さい 歳）			
ふりがな	児童との関係	障害福祉サービス受給者証（青色）番号	てちょう 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					しっかんめい 疾患名		
けいかくさくせいしやしめい 計画作成者氏名											

希望する生活・目標など			
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てたい（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（身体介護） ☐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 ☐その他（ ）	【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（ ）

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		
障害児通所支援	☐ 児童発達支援	にち つき 日/月	居宅介護系	☐ 身体介護	じかん つき 時間/月		
		にち つき 日/月		☐ 家事援助	じかん つき 時間/月		
		にち つき 日/月		☐ 通院等介助	じかん つき 時間/月		
	☐ 医療型児童発達支援	にち つき 日/月		☐ 通院等乗降介助	かい つき 回/月		
		☐ 放課後等デイサービス		にち つき 日/月	☐ 短期入所	じかん つき 時間/月	
				にち つき 日/月	☐ 日中一時支援	じかん つき 時間/月	
☐ 保育所等訪問支援	にち つき 日/月			☐ 移動支援	じかん つき 時間/月		
☐ 居宅訪問型児童発達支援	にち つき 日/月						

【^{しゅう}週^{かん}間^{けい}計^{かく}画^{ひょう}表】

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日・祝	おも にちじょうせいかつじょう 主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
								しゅうたんい いがい 週単位以外のサービス
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								