サービス等利用計画･障がい児支援利用計画（セルフプラン）

ふりがな	くまがや　じろう	生年月日	平成　5　年　10　月　10　日	連絡先電話番号	０８０－○○○○－○○○○
利用者氏名（児童氏名）	熊谷　次郎				
受給者証番号	○○○○○○○○○○	障害支援区分	なし・あり（1・2・3・4・5・6）	計画作成日	年　月　日

記入した日付でお願いします

障害福祉サービス受給者証をお持ちの方は受給者証番号を記入してください。

障害支援区分がついている方は記入してください。

希望する生活（困っていることも記入してください）	**将来希望すること、困っている事を記入してください。** 例：言われたことが守れない　・落ち着きがない　小学校に入学するまでに○○が出来るようになってほしい
目標	**上記の希望する生活をする為の目標を記入してください** 例：決まりを守れるようになる　・集中して取り組める場面ができる。

希望する生活のためにいつまでに何をするか

希望する生活のために何をするか	いつまでに（ 目標時期に ☑ ）
希望する生活に向けて、日々の生活の中でできること、利用予定事業所にお願いしたいことを記入してください。 例：決まりを守れるための療育支援を受ける。 集団での活動を通じて、集中できる遊びや趣味等を見つけられ、集中できる場面を増やす。	☐ 1か月後 ☐ 半年後 ☑ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他（　　）

上記目標をいつまでに達成出来たらよいかイメージして記入して

利用する福祉サービス等

種類（ サービス名に ☑ ）	内容 ・ 量（頻度･時間）	提供事業者名（担当者名･電話）
☐ 居宅介護（身体・家事・通院・乗降 ）　☐ 行動援護　☐ 同行援護 ☐ 短期入所　☐ 生活介護　☐ 施設入所支援 ☐ 自立訓練（機能訓練）　☐ 自立訓練(生活訓練)　☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労移行支援　☐ 就労継続支援（A型）　☐ 就労継続支援（B型） ☐ 就労定着支援　☐ 自立生活援助　☐ 共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ） ☑ 児童発達支援　☐ 放課後等デイサービス　☐ 保育所等訪問支援 ☐ 移動支援　☐ 日中一時支援 ☐ その他　（	児童発達支援　１５日／月　（月・水・金）	○○○○事業所 （児童発達支援事業所名） 担当：○○さん ※担当者名が決まっている場合は記載してください。

利用する障害福祉サービスのところに☑を入れてください。

その他留意事項	

サービス等利用計画･障がい児支援利用計画【週間計画表】

	月	火	水	木	金	土	日･祝	主な日常生活上の活動
6:00	就寝							
8:00	起床･朝食･整容							
10:00	児童発達支援		児童発達支援		児童発達支援			
12:00	昼食							
14:00								
16:00								週単位以外のサービス 受診 ○○病院○○科　月１回
18:00	夕食							
20:00	入浴							
22:00	就寝							
0:00								
2:00								
4:00								

サービス利用を想定した曜日のスケジュールを記入してください。
※曜日が決まっていない場合は希望を記入してください。

日常生活上の活動や参加している活動について記入してください。

通院や短期入所等週単位以外のサービスについて記入してください。

利用児童の保護者が署名してください。

作成者署名欄	熊谷　花子