

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 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
利用者氏名(児童氏名)	熊谷 次郎				
受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	記入した日付でお願いします 年 月 日
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〇〇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 <input checked="" type="checkbox"/>)	
希望する生活に向けて、日々の生活の中でできること、利用予定事業所を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養育支援を受ける。 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、集中できる場を増やす。				<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他()	
利用する福祉サービス等					
種類(サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)		内容・量(頻度・時間)		提供事業者名(担当者名・電話)	
<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他 ()		児童発達支援 15日/月 (月・水・金)		〇〇〇〇事業所 (児童発達支援事業所名) 担当：〇〇さん ※担当者名が決まっている場合は記載してください。	
その他留意事項		利用する障害福祉サービスのところに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。			

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			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。
12:00	昼食							
14:00								
16:00								週単位以外のサービス 受診 〇〇病院〇〇科 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