

表

【児童用】セルフプラン(障害児支援利用計画)

記載例

新規 更新 変更

計画作成日 令和 7年 3月 10日

ふりがな	いたみ たろう	生年月日	平成 令和 〇〇年 〇月 〇日 生まれ(14 歳)				
利用者(児童)氏名	伊丹 太郎	住所	伊丹市千僧1-1				
受給者番号	※新規の方は記載不要	セルフプラン作成補助者	保護者氏名	伊丹 次郎	続柄(父)	電話番号	〇〇〇-××××-▲▲▲▲
			その他(事業所等)	※事業所からのサポートがある場合に記入してください。			
申請者同意欄	私は、支給決定において勘案される「利用計画」について、相談支援事業所に「障がい児支援利用計画案」の作成を依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」を提出します。また、セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、相談支援事業所のモニタリングが実施されないことなど、制度の内容を理解しています。(同意される場合、右欄の□へ✓を記入してください。)					制度の内容を理解し、セルフプランを提出します。 <input checked="" type="checkbox"/> (←✓を記入してください。)	

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと、現在の生活全般の解決すべき課題など

課題	<input type="checkbox"/> 運動発達の遅れや全身を使った適応運動が苦手 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーションが苦手 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input checked="" type="checkbox"/> 食事の時にこぼしてしまう <input checked="" type="checkbox"/> その他 ・友達と話しをしたり、一緒に遊ぶことが苦手 ・言葉で気持ちを伝えられず、物をなげたり、叩いたりしてしまう ・物事にこだわりがある ・発語が少ない ・集団行動が苦手 ・自身を傷つけてしまう ・危険な事や場所が分からない	希望とする生活目標など	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日学校・園に通い、友達と充実した日々をおくってほしい <input type="checkbox"/> 様々な経験を得る事で社会性をもってほしい <input checked="" type="checkbox"/> 食事、入浴、排せつ等の身の回りの事ができるようになってほしい <input checked="" type="checkbox"/> 冠婚葬祭などの際に一時的に預かってもらいたい(短期入所) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ・友達と仲良く遊べるようになってほしい ・小学校入学までに〇〇できるようになってほしい ・〇〇学校に行ってほしい。 ・身の回りの事ができるようになってほしい。 ・きまり事を守るようになってほしい	課題解決の達成時期	<input type="checkbox"/> 1ヵ月後 <input type="checkbox"/> 3ヵ月後 <input type="checkbox"/> 6ヵ月後 <input type="checkbox"/> その他()
	1年更新の制度のため、基本的には「1年後」に☑をいれてください。				

◎利用したい福祉サービス(サービス名に☑)	希望する時間数等	目標(該当項目に☑)	希望する事業所	留意事項
障害児通所給付費 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 ※原則、未就学児 (基本支給量:14日) <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (基本支給量:14日) <input checked="" type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 (基本支給量:5日) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 (基本支給量:9日)	14 日/月 2 日/月	<input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション能力を身につけたい <input checked="" type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい <input type="checkbox"/> 社会性を身につけたい <input type="checkbox"/> 放課後や休日に、家族以外と交流したい <input checked="" type="checkbox"/> 保育所等(小・中・高・児童くらぶ等)に訪問してもらい、アドバイスを受けたい <input type="checkbox"/> その他	放課後等デイサービス ・〇〇〇〇 ・××××× 保育所等訪問支援 ・〇〇〇〇	令和7年 4月 1日 ~ 令和8年 3月 31日
介護給付費 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) (基本支給量:7日) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護) (基本支給量:25h) <input type="checkbox"/> 行動援護 (基本支給量:30h) <input type="checkbox"/> 同行援護 (基本支給量:30h) <input type="checkbox"/> その他()	7 日/月 23 時間/月	<input checked="" type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい <input checked="" type="checkbox"/> 着替え、入浴、排せつ等、身の回りのことを保護者と一緒に手伝ってもらいたい <input type="checkbox"/> 病院等に保護者と一緒に付き添ってもらいたい <input type="checkbox"/> サポートを受けて外出したい <input type="checkbox"/> 視覚障害のため外出時等の支援をしてほしい <input type="checkbox"/> その他	短期入所 ・〇〇〇〇 身体介護 ・〇〇〇〇	令和7年 4月 1日 ~ 令和8年 3月 31日
地域生活支援事業 <input type="checkbox"/> 移動支援(ガイドヘルパー) (基本支給量20h) <input checked="" type="checkbox"/> 日中一時支援 (基本支給量:7日)	4 日/月	<input type="checkbox"/> サポートを受けて外出したい <input checked="" type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい <input type="checkbox"/> その他	日中一時 ・〇〇〇〇	令和7年 4月 1日 ~ 令和8年 3月 31日

◎ 週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス		
4:00										
5:00										
6:00										
7:00										
8:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護					
9:00	〇〇小学校 ・学校名等を記入してください ・児童クラブをご利用の場合は、該当時間に「児童クラブ」の記入もお願いします									
10:00										
11:00										日中一時支援
12:00										
13:00						放課後等デイサービス				
14:00										
15:00										
16:00										
17:00	放課後等デイサービス									
18:00										
19:00										
20:00										
21:00										
22:00										
23:00										
0:00										
1:00										
2:00										
3:00										
4:00										

①計画表には、障害福祉サービスのみでなく、保健医療サービスやその他の福祉サービスも利用している場合は、それも書いてください。

②計画表には、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）もできる限り書いてください。