

表

【児童用】セルフプラン(障害児支援利用計画)

新規 更新 変更

計画作成日 令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	平成・令和 年 月 日 生まれ(歳)			
利用者(児童)氏名	住所				
受給者番号	セルフプラン作成補助者	保護者氏名	続柄()	電話番号	
		その他(事業所等)			
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。)			<p>制度の内容を理解し、セルフプランを提出します。</p> <p><input type="checkbox"/> (←✓を記入してください。)</p>	

◎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 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 type="checkbox"/> 食事の時にこぼしてしまう <input type="checkbox"/> その他	希望とする生活目標など	<input 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 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 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 type="checkbox"/> その他	課題解決の達成時期	<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3か月後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> その他()
----	--	-------------	---	-----------	--

◎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	希望する期間・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(標準支給量:14日)		日/月	<input type="checkbox"/> コミュニケーション能力を身につけたい			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス (標準支給量:14日)		日/月	<input type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい			~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 (標準支給量:2日)		日/月	<input type="checkbox"/> 社会性を身につけたい			
			日/月	<input type="checkbox"/> 放課後や休日に、家族以外と交流したい <input 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			
介護給付費	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) (標準支給量:7日)		日/月	<input type="checkbox"/> 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護) (標準支給量:25h)		時間/月	<input 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			~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 行動援護 (標準支給量:30h)		時間/月	<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"/> 同行援護 (標準支給量:30h)		時間/月	<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			
	<input type="checkbox"/> その他()						
地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援(ガイドヘルパー) (標準支給量20h)		時間/月	<input type="checkbox"/> サポートを受けて外出したい			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 (標準支給量:7日)		日/月	<input 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			~ 年 月 日

裏

【児童用】セルフプラン(障害児支援利用計画)

◎ 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								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
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。