

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 7年 3月 10日

ふりがな	いたみ たろう	住所	伊丹市千層1-1				
利用者(児童)氏名	伊丹 太郎	生年月日	平成 令和 〇〇 年 〇月 〇〇日 生まれ(14 歳)				
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。 ☒ (←✓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	☐ 運動発達の遅れや全身を使った適応運動が苦手 ☒ コミュニケーションが苦手 ☐ 落ち着きがない ☒ 食事の時にこぼしてしまう ☒ 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	☒ 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 ☐ 様々な経験を得る事で社会性をもってほしい ☒ 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 ☒ 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) ☒ 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。 ・きまり事を守れるようになってほしい	課題解決の達成時期	☐ 1ヵ月後 ☐ 3ヵ月後 ☐ 6ヵ月後 ☐ その他()	☐ 1年後 ☐ 3年後
	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	☐ 児童発達支援 ※原則、未就学児 (基本支給量:14日)		日/月	☒ コミュニケーション能力を身につけたい ☒ 集団生活に馴染みたい ☐ 社会性を身につけたい ☐ 放課後や休日に、家族以外と交流したい ☒ 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 ☐ その他	放課後等デイサービス ・〇〇〇〇 ・××××	令和7年 4月 1日 ~ 令和8年 3月 31日
	☒ 放課後等デイサービス (基本支給量:14日)	14	日/月		保育所等訪問支援 ・〇〇〇〇	
	☒ 保育所等訪問支援 (基本支給量:5日)	2	日/月			
	☐ 居宅訪問型児童発達支援 (基本支給量:9日)		日/月			
介護給付費	☒ 短期入所(ショートステイ) (基本支給量:7日)	7	日/月	☒ 必要な時にサポートがあるところで泊まりたい ☒ 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 ☐ 病院等に保護者と一緒に付き添ってもらいたい ☐ サポートを受けて外出したい ☐ 視覚障害のため外出時等の支援をしてほしい ☐ その他	短期入所 ・〇〇〇〇	令和7年 4月 1日 ~ 令和8年 3月 31日
	☒ 居宅介護(身体介護) (基本支給量:25h)	23	時間/月		身体介護 ・〇〇〇〇	
	☐ 行動援護 (基本支給量:30h)		時間/月			
	☐ 同行援護 (基本支給量:30h)		時間/月			
	☐ その他()					
地域生活支援事業	☐ 移動支援(ガイドヘルパー) (基本支給量20h)		時間/月	☐ サポートを受けて外出したい ☒ 必要な時にサポートがあるところで日中過ごしたい ☐ 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
	☒ 日中一時支援 (基本支給量:7日)	4	日/月			

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								(不定期利用) ・短期入所 ・保育所等訪問支援
5:00								
6:00			起床・朝食					
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	○○小学校 ・学校名等を記入してください ・児童くらぶをご利用の場合は、該当時間に「児童くらぶ」の記入をお願いします							
10:00								
11:00							日中一時支援	
12:00						放課後等デイサービス		
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00	放課後等デイサービス							
18:00								
19:00	←						→	
20:00			夕食					
21:00	←		入浴				→	
22:00	←		就寝				→	
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。