

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン①）

児童氏名	板橋 太郎	生年月日	平成〇〇年△月△日	連絡先電話番号	〇3-〇〇〇〇-△△△△		
受給者番号	123456789	計画作成日	平成〇〇年△月△日	セルフプラン記入者	板橋 花子	児童との関係	母

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活 将来の目標	<input checked="" type="checkbox"/> 自立した生活がしたい	<input checked="" type="checkbox"/> 就職したい	<input type="checkbox"/> 世界を広げたい
	<input type="checkbox"/> 不自由ない生活がしたい	<input checked="" type="checkbox"/> 地域で楽しんで生活したい	<input checked="" type="checkbox"/> 精神的に安定したい
自由記入欄 将来は働いて一人暮らしできるようにしたい。健康で活動的に生活したい。			

◎今後継続したい・利用したいサービス

現在利用しているサービス	現在利用している事業所
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	〇〇デイサービス

現在の課題・目標

本人の	<input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーション能力を習得する	<input type="checkbox"/> 学習・宿題ができる	<input checked="" type="checkbox"/> 社会的なルールを身につける
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅や学校以外での活動の場をつくる	<input type="checkbox"/> 着替え・排泄など日常生活が自立する	<input type="checkbox"/> 精神面が安定する
家族の	<input type="checkbox"/> 家族が休養できる	<input type="checkbox"/> 子育ての相談ができる	<input checked="" type="checkbox"/> 子どもが余暇を安全に過ごすことができる

自由記入欄

平日は仕事なので放課後あずかってくれる場所がほしい。友達と仲良く過ごすことができ、課題に落ち着いて取り組むことができるようになってほしい。

今後継続したい・使ってみたいサービス

利用希望サービス名	希望利用回数	目標達成時期	利用開始したい時期	通いたい事業所	その他
放課後等デイサービス	<input type="checkbox"/> 週 <input checked="" type="checkbox"/> 月 5回	<input type="checkbox"/> 3か月 <input checked="" type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 2,3か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 年後位	〇〇デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回	<input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 2,3か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 年後位		
	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 回	<input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 2,3か月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 年後位		
福祉事務所受理日			平成 年 月 日	障がい者支援係担当	

## サービス等利用計画（セルフプラン②）

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス	
4:00								<input type="checkbox"/> 短期入所	
5:00									
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床		
7:00	朝食・身支度	朝食・身支度	朝食・身支度	朝食・身支度	朝食・身支度	朝食・身支度	朝食・身支度		
8:00									日/月
9:00						公園			<input type="checkbox"/> 日中一時支援
10:00			〇〇小学校						
11:00									
12:00						昼食	昼食		
13:00								日/月	
14:00								<input type="checkbox"/> 移動支援	
15:00	公園	公園		水泳教室		習い事	買物		
16:00	テレビ・ゲーム	テレビ・ゲーム	〇〇デイサービス		テレビ・ゲーム				
17:00									
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食		日/月
19:00	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	<input type="checkbox"/> その他	
20:00									
21:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝		
22:00									
23:00									
0:00									
1:00									
2:00									
3:00									