

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン）

児童氏名		生年月日	年 月 日	連絡先電話番号			
受給者番号		計画作成日	年 月 日	セルフプラン記入者		児童との関係	

◎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	☐ 自立した生活がしたい	☐ 就職したい	☐ 世界を広げたい
	☐ 不自由ない生活がしたい	☐ 地域で楽しんで生活したい	☐ 精神的に安定したい
	自由記入欄		

◎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
☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ その他 []	

現在の課題・目標

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

自由記入欄

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
	☐ 週 ☐ 月 回	☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 1年 ☐ ()	☐ 今すぐ ☐ 2,3か月後 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 年後位		
	☐ 週 ☐ 月 回	☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 1年 ☐ ()	☐ 今すぐ ☐ 2,3か月後 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 年後位		
	☐ 週 ☐ 月 回	☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 1年 ☐ ()	☐ 今すぐ ☐ 2,3か月後 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 年後位		
		受理日	年 月 日	障がい児支援係担当	

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								☐ 短期入所 日／月
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								☐ 日中一時支援 日／月
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								☐ 移動支援 日／月
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								☐ その他 日／月
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								