

《就学児》

障害児支援利用計画(セルフプラン)

記入例

計画作成日

年 月 日

ふりがな <b>児童氏名</b>	としま たろう 豊島 太郎	ふりがな <b>保護者氏名</b>	としま じろう 豊島 二郎	続柄 父	作成者 氏名欄	本人との関係(母) 豊島 花子
受給者番号	●●●●●●●●●●	〒住所	170-0013 豊島区南池袋 ~	電話番号	090-0000-0000	
生年月日	平成○年○月○日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	FAX番号	03-3981-0000	

1. 現在の状況

手帳の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (愛の手帳) <input checked="" type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> その他 ( )					
障害又は疾患名	ADHD など					
校名・園名	●●小学校					
特別支援学級	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (学級名: ●●学級 ) <input type="checkbox"/> 無し					
利用中のサービス	種類(サービス名に☑)			利用中の事業所名・日数(○日/月)		
	<input type="checkbox"/> ①児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> ②医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ③短期入所 <input checked="" type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> ⑤その他 ( 移動支援 )			④ ●●事業所 5日/月    ■■事業所 15日/月    合計 20日/月		

更新の方はご記入ください

2. 今後の計画

課題(困っていること)	希望する生活を送るための目標
・親が共働きで、放課後の見守りができない。 ・こだわりが強く、人とコミュニケーションをとるのが苦手。	・親が帰宅するまでの見守りを願います。 ・コミュニケーションがうまくとれるようになる。

3. 希望する生活のためにいつまでに何をするか

目 標	支 援 内 容	いつまでに( 目標時期に ☑ )
・放課後に過ごすことができる施設へ通う。	・放課後は、通所施設で安全で楽しい時間を過ごせるようにする。	<input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )
・たくさん友達をつくる。	・通所施設での集団活動の中で、人との関わり方を経験していく。	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )
		<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他( )

4. 利用するサービス

利用するサービス	種類(サービス名に☑)	利用中の事業所名・日数(○日/月)
	<input type="checkbox"/> ①児童発達支援 <input type="checkbox"/> ②医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ③短期入所 <input checked="" type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> ⑤その他 ( 移動支援 )	④ ●●事業所 5日/月    ■■事業所 15日/月    合計20日/月 ⑤ △△事業所 10時間/月 (通学のため)

週1回は月5日  
週2回は月10日

その他留意事項	その他の受けているサービス等	移動支援
---------	----------------	------

障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 (受診予定や地域活動も記入してください)	
6:00	就寝							・〇〇病院(小児科) 週1回 ・△△整形外科(整形) 月2回 ・スイミング 週1回	
	起床・朝食・準備								
8:00	移動支援(ヘルパー)				移動支援(ヘルパー)				
10:00						通院 (小児科)			
12:00	●●小学校								
14:00						昼食			
16:00					スイミング				
	●●事業所	●●事業所	■■事業所	■■事業所	■■事業所				
18:00	移動支援(ヘルパー)		移動支援(ヘルパー)						
	夕食								週単位以外のサービス
20:00	風呂								
22:00	就寝								
0:00	就寝								
2:00	就寝								
4:00	就寝								

※ サービスの種類や支給量は、この計画案のほか、障害支援区分や障害福祉課・保健所等での聞き取りの内容をふまえ、支給基準時間をもとに決定されます。また、他の様式にかえて提出することもできます。

区確認日	
------	--