

Disabled Child Support Plan <<DO NOT FILL IN REFERENCE ONLY 記入しないでください。>>

Date YY MM DD

Katakana Name of child		Katakana Name of guardian		Relation	Form filler	
Recipient ID Number		Address		Telephone		
Date of birth	YY MM DD	Gender	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	FAX		

1. Current status

Techo Disability or Illness	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳（愛の手帳） <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> その他（ ）					
Name of school						
Special needs class	<input type="checkbox"/> 有り (Name of class:) <input type="checkbox"/> 無し					
Type of service	Type			Name of facility & days of use per month		
	<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 type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ⑤その他（ ）					

2. Future plans

Issues (problems)	Goals for achieving your desired life

3. What to do by when for your desired life

Objective	Support details	By when
・Enjoy interacting with friends		<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（ ）
・Master the language of communication		<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他（ ）
・Reduce childcare anxiety (mother)		<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4. Service to use

Type of support	Support	Name of facility & days of use per month
	<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 type="checkbox"/> ④放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ⑤その他（ ）	

Remarks		Other services received	
----------------	--	--------------------------------	--