

障害児支援利用計画(セルフプラン)

(表)

計画作成日

年 月 日

ふりがな		ふりがな		続柄	作成者	本人との関係	
児童氏名		保護者氏名				氏名	
受給者番号		〒 住所		電話番号			
生年月日	年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女	FAX番号			

1. 現在の状況

手帳の状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳(愛の手帳) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 手帳なし ☐ その他 ()						
学校名・園名			特別支援学級等の利用	☐ あり 学級名 () ☐ なし			
障害又は疾患名							
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(〇〇事業所 ▲日/月)			
	☐ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☐ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()						

2. 今後の計画

課 題(困っていること)	希 望 す る 生 活

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 ☑)
		☐ 1か月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
		☐ 1か月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
		☐ 1か月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ 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☑)		利用する事業所名・日数(〇〇事業所 ▲日/月)
	☐ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☐ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()		

その他留意事項	その他の受けているサービス等

5. 下記の1. 2を確認し☑をしてください。

- ☐ セルフプランをご利用予定の事業所へ共有することに同意する。
- セルフプラン提出理由(必ずどちらかに☑をしてください。)

☐ 対象児の保護者がセルフプランの提出を希望するため

☐ 身近な地域に指定障害児相談支援事業所がないため

《裏面あり》

障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】 (裏)

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝日	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)
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								週単位以外のサービス
23:00								
0:00								
2:00								
4:00								

※ 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	
------	--

記入例《未就学》

障害児支援利用計画(セルフプラン) (表)

計画作成日 年 月 日

ふりがな	としま たろう	ふりがな	としま じろう	続柄	作成者	本人との関係	母
児童氏名	豊島 太郎	保護者氏名	豊島 二郎	父	氏名	豊島 花子	
受給者番号	123456789012	〒 住所	〒 170-0013 豊島区南池袋～	電話番号	090-0000-0000		
生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	性別	☒ 男 ☐ 女	FAX番号	03-0000-0000		

1. 現在の状況

手帳の状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳(愛の手帳) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☒ 手帳なし ☐ その他 ()		
学校名・園名	〇〇幼稚園 ・〇〇保育園	特別支援学級の利用	☐ あり 学級名 () ☐ なし
障害又は疾患名	ADHDの疑い、言葉の遅れ など		
利用中のサービス	種類(サービス名に☑)	利用する事業所名・日数(〇〇事業所 ▲日/月)	
	☒ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☐ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()	① 〇〇事業所 5日/月 ●●事業所 5日/月 合計 10日/月	

更新・変更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
今はお友だちとコミュニケーションをとるのが苦手なので、お友だちとの関わり方を身につけたい。	・コミュニケーションがうまくとれるようになる。 ・楽しい保育園生活が送れるようになる。

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 ☑)
・友達との関わりを楽しむ	いろいろな遊びや活動の中で、大人が仲介しながらお友だちとの関わり方を経験していく。	☐ 1か月 ☒ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
・伝わりやすい言葉を習得する	STの指導をうけながら、本人が自信をもって話せるように支援していく。	☐ 1か月 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
・子育ての不安を解消する(母)	子育て支援サークルに参加して仲間を見つける。	☐ 1か月 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ 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(〇〇事業所 ▲日/月)
	☒ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☐ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()	① 〇〇事業所 10日/月 ●●事業所 10日/月 合計 20日/月

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
---------	----------------

5. 下記の1. 2を確認し☑をしてください。

- ☒ セルフプランをご利用予定の事業所へ共有することに同意する。
- セルフプラン提出理由(必ずどちらかに☑をしてください。)

☒ 対象児の保護者がセルフプランの提出を希望するため☐ 身近な地域に指定障害児相談支援事業所がないため

《裏面あり》

障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】 (裏)

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝日	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)	
5:00	就 寝							・〇〇病院（小児科） 月 1回	
6:00									
7:00	起 床 ・ 朝 食 ・ 準 備								
8:00									
9:00									
10:00	〇〇幼稚園								
11:00									
12:00						昼 食			
13:00	●●事業所					〇〇事業所			
14:00									
15:00									
16:00									
17:00	お風呂							週単位以外のサービス	
18:00	夕 食								
19:00									
20:00									
21:00	就 寝								
22:00									
23:00									
0:00									
2:00									
4:00									

※ 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

記入例<就学児>

障害児支援利用計画(セルフプラン) (表)

計画作成日

年 月 日

ふりがな	としま たろう	ふりがな	としま じろう	続柄	作成者	本人との関係	母
児童氏名	豊島 太郎	保護者氏名	豊島 二郎	父	氏名	豊島 花子	
受給者番号	123456789012	〒 住所	〒 170-0013 豊島区南池袋～	電話番号	090-0000-0000		
生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	性別	☒ 男 ☐ 女	FAX番号	03-0000-0000		

1. 現在の状況

手帳の状況	☐ 身体障害者手帳 ☒ 療育手帳(愛の手帳) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☒ 手帳なし ☐ その他()		
学校名・園名	〇〇学校	特別支援学級の利用	☒ あり 学級名(〇〇教室) ☐ なし
障害又は疾患名	ADHD		
利用中のサービス	種類(サービス名に☑) ☐ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☒ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他()	利用するの事業所名・日数(〇〇事業所 ▲日/月) ③〇〇事業所 5日/月 ●●事業所 5日/月 合計 10日/月	

更新・変更の方は
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
・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う。 ・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。	☐ 1か月 ☒ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ 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、人との関わり方を体験していく。	☐ 1か月 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
		☐ 1か月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ 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☑) ☐ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☒ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他()	利用する事業所名・日数(〇〇事業所 ▲日/月) ③〇〇事業所 10日/月 ●●事業所 10日/月 合計20日/月
----------	--	--

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
---------	----------------	------

5. 下記の1. 2を確認し☑をしてください。

- ☒ セルフプランをご利用予定の事業所へ共有することに同意する。
- セルフプラン提出理由(必ずどちらかに☑をしてください。)

☒ 対象児の保護者がセルフプランの提出を希望するため☐ 身近な地域に指定障害児相談支援事業所がないため

<<裏面あり>>

障害児支援利用計画(セルフプラン)【週間計画表】 (裏)

※記入が難しい場合は、ご相談ください

	月	火	水	木	金	土	日・祝日	主な日常生活上の活動		
5:00	就 寝							(受診予定や地域活動も記入してください)		
6:00										
7:00	起 床 ・ 朝 食 ・ 準 備							・〇〇病院(小児科) 週1回		
8:00	(移動支援ヘルパー)			(移動支援ヘルパー)				・△△整形外科(整形) 月2回		
9:00	〇〇学校					通院 (〇〇小児科)		・スイミング 週1回		
10:00										
11:00										
12:00						昼 食				
13:00						スイミング				
14:00										
15:00	●●事業所		〇〇事業所		●●事業所	〇〇事業所		週単位以外のサービス		
16:00										
17:00										
18:00										
19:00	(移動支援ヘルパー)									
20:00	お風呂									
21:00	夕 食									
22:00	就 寝									
23:00										
0:00										
1:00										
2:00										
3:00										
4:00										

※ 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

Entry Example <<Preschool>>

Disabled Child Support Plan

Date YY 年 MM 月 DD 日

Katakana	ジョン スミス	Katakana	デービッド スミス	Relation	Form filler	Relation	Mother
Name of child	John Smith	Name of guardian	David Smith	Father		Name	Mary Smith
Recipient ID Number	123456789012	Address	〒 170-0013 1-1-1 Minami-ikebukuro, Toshima-ku	Telephone	090-0000-0000		
Date of birth	YY 年 MM 月 DD 日	Gender	☒ 男 ☐ 女	FAX	03-0000-0000		

1. Current status

Techo	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳(愛の手帳) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☒ 手帳なし ☐ その他 ()		
Name of school	●● kindergarten ・●● nursery school	Special needs class	☐ あり Name of class () ☐ なし
Disability or illness	ADHD, master the language of communication, etc.		
Type of service	Type ☒ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☐ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()	Name of facility & days of use per month ① ●● facility 5 days/mo. total 5 days/mo.	

Fill in if renewing

2. Future plans

Issues(problems)	Goals for achieving your desired life
Not good at communicating with friends right now, so want to learn how to interact with them.	・Communicate better ・Fun nursery school life

3. What to do by when for your desired life

Objective	Support details	By when
・Enjoy interacting with friends	・Through a variety of games and activities, children learn to interact with friends through adult facilitation	☐ 1か月 ☒ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
・Master the language of communication	・Guided by the ST, children are encouraged to speak confidently	☐ 1か月 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
・Reduce childcare anxiety (mother)	・Join childcare support circles to find friends	☐ 1か月 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()

4. Service to use

Type of support	Support ☒ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☐ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()	Name of facility & days of use per month ① ●● facility 5days/mo. total 5日/月
-----------------	---	---

Once a week, 5 days a month
Twice a week, 10 days a month

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

5. 下記の1. 2を確認し☑をしてください。

- ☒ I agree to share my Self-Plan with the facility I plan to use.
- Reason for submitting Self-Plan (Be sure to check either one.)
 - ☒ Parents/guardians wish to submit Self-Plan

☐ Because there are no designated support facilities for children with disabilities nearby

<<裏面あり>>

Disabled Child Support Plan【Weekly schedule】

※Contact us if you have any difficulty completing the form.

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday/Holiday	Main daily activities	
5:00	Sleep							(Include medical visits and community activities)	
6:00									
7:00									
8:00	Breakfast							•○○ hospital (Pediatrics) Once a week	
9:00									
10:00	○○ kindergarten								
11:00									
12:00									Lunch
13:00	●● facility								
14:00									●● facility
15:00									
16:00								Non-Weekly Services	
17:00	Bath								
18:00									
19:00	Dinner								
20:00									
21:00	Sleep								
22:00									
23:00									
0:00									
2:00									
4:00	Sleep								

※ Based on this draft plan, the type and amount of services are determined based on the classification of disability support, the content of interviews at Disability and Welfare Section and Public Health Center, and the payment standard hours. You can also submit this form instead of any other form.

Date confirmed	
----------------	--

Entry Example <<School Age>>

Disabled Child Support Plan

Date YY 年 MM 月 DD 日

Katakana	ジョン スミス	Katakana	デービッド スミス	Relation	Form filler	Relation	Mother
Name of child	John Smith	Name of guardian	David Smith	Father		Name	Mary Smith
Recipient ID Number	123456789012	Address	〒 170-0013 1-1-1 Minami-ikebukuro, Toshima-ku	Telephone	090-0000-0000		
Date of birth	YY 年 MM 月 DD 日	Gender	☒ 男 ☐ 女	FAX	03-0000-0000		

1. Current status

Techo	☐ 身体障害者手帳 ☒ 療育手帳(愛の手帳) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 手帳なし ☐ その他 ()		
Name of school	●● Elementary School	Special needs class	☐ あり Name of class (●● class) ☐ なし
Disability or illness	ADHD		
Type of service	Type ☐ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☒ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☐ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()	Name of facility & days of use per month ① ●● facility 5 days/mo. total 5 days/mo.	

Fill in if renewing

2. Future plans

Issues (problems)	Goals for achieving your desired life
•Both parents work and are unable to supervise children after school •Very particular and poor communicator	•Watch the child until the parent returns home. •Communicate better

3. What to do by when for your desired life

Objective	Support details	By when
•Attend a facility where they can spend time after school.	•Make the after-school hours safe and fun at daycare centers.	☐ 1か月 ☒ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
•Make lots of friends.	•Group activities in day care facilities provide experience in interacting with others.	☐ 1か月 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()
		☐ 1か月 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他 ()

4. Service to use

Type of support	Support ☐ ①児童発達支援 ☐ ②居宅訪問型児童発達支援 ☒ ③放課後等デイサービス ☐ ④保育所等訪問支援 ☒ ⑤短期入所 ☐ ⑥その他 ()	Name of facility & days of use per month ③ ●● facility 5 days/Mo. ■■ facility 15 days/Mo. Total 20 days/Mo. ⑤7 days/Mo.
Remarks	Other services received Mobility support	

 Once a week, 5 days a month
 Twice a week, 10 days a month

5. 下記の1. 2を確認し☑をしてください。

- ☒ I agree to share my Self-Plan with the facility I plan to use.
- Reason for submitting Self-Plan (Be sure to check either one.)
 - ☒ Parents/guardians wish to submit Self-Plan

☐ Because there are no designated support facilities for children with disabilities nearby

<<裏面あり>>

Disabled Child Support Plan【Weekly schedule】

※Contact us if you have any difficulty completing the form.

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday/Holiday	Main daily activities				
5:00	Sleep							(Include medical visits and community activities)				
6:00												
7:00	Wake up ・ Breakfast ・ Preparation							・〇〇 hospital (Pediatrics) Once a week				
8:00	Mobility support (helper)			Mobility support (helper)								
9:00	●● Elementary School					Visit hospital (Pediatrics)		・△△ Orthopedics Twice a month				
10:00												
11:00												・Swimming lesson Once a week
12:00												
13:00						Lunch						
14:00						Swimming lesson						
15:00												
16:00	●● facility		〇〇 facility	●● facility	〇〇 facility			Non-Weekly Services				
17:00												
18:00												
19:00	Dinner											
20:00	Bath											
21:00	Sleep											
22:00												
23:00												
0:00												
2:00	Sleep											
4:00												

※ Based on this draft plan, the type and amount of services are determined based on the classification of disability support, the content of interviews at Disability and Welfare Section and Public Health Center, and the payment standard hours. You can also submit this form instead of any other form.

Date confirmed