障害児支援利用計画（セルフプラン）　　市　川　市

ふりがな		生年月日	年　月　日 歳　月	住所 ・ 電話番号	市川市 （　　－　　－　　）
児童氏名	男・女				
保護者氏名		所　属	在　宅・　保育園 幼稚園	計画作成日	年　月　日
障害支援区分	なし あり（区分１・２・３ ４・５・６）		小・中・高　年　支援学級	計画作成者	氏名 続柄
受給者証番号	2 0 3 0 0		支援学校 小・中・高　年		
学校や家庭で 困っていることは何ですか					
どんな風に生活できたら いいと思いますか （希望する生活）					

希望する生活のためにいつまでに何をしますか	
希望する生活を送るために何をしますか（提供される福祉サービスの利用により解決される内容）	いつまでに（　目標時期に ☑ ）
	☐1か月後 ☐半年後 ☐1年後 ☐3年後 ☐その他（　　）

利用する福祉サービス等		
種類（　サービス名に ☑ ）	内容 ・ 量（　頻度 ・ 時間 ）	サービス提供事業者名（　担当者名 ・ 電話番号）
☐児童発達支援　☐居宅訪問型児童発達支援 ☐放課後等デイサービス ☐保育所等訪問支援		
☐移動支援　☐日中一時支援		
☐居宅介護　☐同行援護　☐行動援護 ☐短期入所（ショートステイ）　☐重度障害者等包括支援		
☐その他（　　）		

その他留意事項 （配慮してほしいこと）	

※書類提出後の返却・コピーはできませんので、必要に応じてコピーを取り保管してください。