障害児支援利用計画（セルフプラン）　　市　川　市

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年　月　日 歳　月	住所 ・ 電話番号	市川市 （　　－　　－　　）
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。