

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			住所・電話番号	(ー ー)				
児童氏名	男・女		歳 月								
保護者氏名		所 属	在 宅 ・ 保育園 幼稚園			計画作成日	年 月 日				
障害程度区分	なし・あり ()		小・中・高 支援学校		年	支援学級	計画作成者	続 柄			
受給者証番号			※利用中の児童発達支援・放課後等デイサービスの事業所名								
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 ☐ 児童発達支援(重心) ☐ 医療型児童発達支援 (☐ 肢体不自由 ☐ 重心) ☐ 放課後等デイサービス ☐ 放課後等デイサービス(重心) ☐ 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)	
------------------------	--

