

① 市川スマイルプラン（支援関連機関）

保護者記入

※ライフサポートファイル「サポート一覧」代用可

市川市立 学校 年（作成開始時） 氏名（ ）

※変更があった場合は書き足してください。

	名 称（主治医）	支援内容（利用期間）	連絡先電話
医療に関する支援	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	

	名 称（担当者）	支援内容（利用期間）	連絡先電話
福祉・生活に関する支援	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	

	名 称（担当者）	支援内容（利用期間）	連絡先電話
余暇・学習・療育に関する支援	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	

# 記入例

## 市川スマイルプラン（支援関連機関）

※ライフサポートファイル「サポーター一覧」代用可

## 保護者記入

市川市立 学校 年（作成開始時） 氏名（  
※変更があった場合

こども発達センターで作成している「ライフサポートファイル」を代用することが可能です。

	名称（主治医）	支援内容（利用期間）	連絡先電話
医療に関する支援	〇〇クリニック ( 神経内科△△先生 )	月に1回定期的に受診 ( H30.5 ~ )	△△△-△△△△
	県立〇〇病院 ( 理学療法士××先生 )	下肢のリハビリ ( H30.5 ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	

	名称（担当者）	支援内容（利用期間）	連絡先電話
福祉・生活に関する支援	〇〇〇〇 ( )	放課後等デイサービス ( H31.4 ~ )	△△△-△△△△
	〇〇ハウス ( ××さん )	下校時の送迎 ( R1.5 ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	

	名称（担当者）	支援内容（利用期間）	連絡先電話
余暇・学習・療育に関する支援	〇〇教室 ( ××先生 )	ソーシャルスキルトレーニング ( H30.4 ~ )	△△△-△△△△
	〇〇塾 ( △△先生 )	算数・国語の個別指導 ( R1.4 ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	
	( )	( ~ )	