

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 ~)	
	()	(~)	
	()	(~)	
	()	(~)	
	()	(~)	