【 作 成 例 】※グレー色の部分をご家族様がご記入ください。

障害児支援利用計画案(セルフプラン)

利用者氏名	(児童氏名)〇〇 〇〇	障害支援区分		連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX	計画作成日	令和〇年〇月〇日
受給者番号	(更新の場合記入してください)			作成補助者名		利用者同意署名欄	(申請者氏名)〇〇 〇〇

希望する生活、目標、取り組みたいことなど	(例)本人の楽しみを見つけ、人との関わりを大切にしてほしい。 ※利用されているサービスに合わせた意向をご記入ください。
サービスを利用してみて振り返り・感想など(更新または追加申請の方のみ記入)	※更新者のみの記入。サービスを利用して感じたことなど一年のふりかえりをご記入ください。

種類		利用したいサービス	サービスの利用回数	目標及び目標の達成時期	注意してほしいこと、その他備考
住居	在宅	☐ 居宅介護 (家事援助 ・ 身体介護 ・ 通院等介助) ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ 地域定着支援 ☐ その他( )	週 ・ 月 回	達成時期 年 月	
	共同	☐ 共同生活援助 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 施設入所支援 ☐ その他( )	週 回	達成時期 年 月	
日中活動		☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 生活介護 ☐ 自立訓練(生活 ・ 機能) ☑ その他 (児童発達支援・放課後等デイ)	週 ・ (月) 〇 回	達成時期 年 月	
その他		(他に利用するサービスがあれば記入) ☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ 通学支援 ☐ その他( )	週 ・ 月 回		

※利用しているサービスに関しては
全ての内容をご記入ください。

同じ内容をお書きください。

受理印	

【 作 成 例 】※グレー色の部分をご家族様がご記入ください。

障害児支援計画案(セルフプラン)【週間計画表】

利用者氏名	(児童氏名)〇〇 〇〇	障害支援区分		連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX	計画作成日	令和〇年〇月〇日
受給者番号	(更新の場合記入してください)			作成補助者名		利用者同意署名欄	(申請者氏名)〇〇 〇〇

計画開始年月	令和〇年〇月

←※利用開始月をご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日・祝
6:00							
8:00	起床・朝食						
10:00	〇〇学校						
12:00							
14:00							
16:00	放課後等デイサービス		プール		〇〇教室		
18:00							
20:00	夕食 入浴						
22:00	就寝						
0:00							
2:00							
4:00							

週単位以外のサービス

(例)

月～金曜日
〇〇学校

〇曜日
放課後等デイサービス
(事業所名)〇〇〇〇

※習い事や福祉サービスを利用している際はその内容もご記入ください。

短期入所 〇日/月
移動支援 〇時間/月

〇曜日 プール
〇曜日 〇〇教室

※生活リズムをご記入ください。
起床 〇〇:〇〇
朝食 〇〇:〇〇
夕食 〇〇:〇〇
入浴 〇〇:〇〇
就寝 〇〇:〇〇

※利用しているサービスに関しては
全ての内容をご記入ください。