

記入例

サービス等利用計画案・児童発達支援利用計画案(セルフプラン)

参考様式1-1

ふりがな たかつき たろう	利用者氏名 (児童氏名) 高槻 太郎	生年月日 平成 年 月 日 令和	連絡先電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
通所受給者証番号 85510	計画作成日 (申請日) 令和 年 月 日	計画作成者 高槻 花子	本人との関係 母
手帳の有無 身体障がい者手帳 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 手帳なし	疾患名		
希望する生活 (困っていることも記入してください)	周りのお友達と上手くコミュニケーションをできるようにしたい。 休みの日は、いろいろなところに出かけたい。		
目標	同上	児発・放デイを利用することで、お子様にどんなことができるようになってもらいたいかなどの、目標や目的をご記入下さい。	いつまでに (目標時期に <input checked="" type="checkbox"/>)
		半年後	<input checked="" type="checkbox"/> 1年後 その他()
利用する福祉サービス等			
種類(サービス名に <input checked="" type="checkbox"/>)	内容・量(頻度・時間)	提供事業所名 (担当者名・電話)	
児童発達支援 放課後等デイサービス 児童発達支援(治療を伴うもの) 保育所等訪問支援 移動支援 居宅介護(身体 同行援護 短期入所 その他(10 日/月 日/月	デイサービス	
利用する(申請する)サービス名に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、 現在の支給日数をご記入ください。		利用している事業所名をご記入ください。 事業所の担当者名や電話番号が分かる場合はご記入ください。 また、現在利用している事業所が無い場合は「未定」とご記入ください。	
その他留意事項			

申請書の申請者氏名を記入してください

児発・放デイを利用することで、お子様にどんなことができるようになってもらいたいかなどの、目標や目的をご記入下さい。

利用している事業所名をご記入ください。
事業所の担当者名や電話番号が分かる場合はご記入ください。
また、現在利用している事業所が無い場合は「未定」とご記入ください。

セルフプランを希望します。

写し渡し済み

記入例

児童発達支援利用計画案(週間計画表)

参考様式1-2

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00	← 起床・朝食 →							
10:00	<p>○学校・ 幼稚園など (学校名等を記入してください。学童をご利用の場合は、 該当時間に「学童」の記入もお願いします。)</p>							
12:00								
14:00								
16:00								
18:00	デイサービス				デイサービス			位以外のサービス
20:00	← 夕食 →							<ul style="list-style-type: none"> ・月1回 デイに通う ・月1~2回ヘルパーと外出する。
22:00	← 入浴 →							
0:00	← 就寝 →							福祉サービスの総支給量
2:00								児童発達支援 児童発達支援 (治療を伴うもの) 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援
4:00								日/月
								日/月

どのようなスケジュールで1週間を過ごす予定かを記入してください。児発・放デイの利用日や習い事など、予定が決まっているものはできるだけ記入してください。

児発・放デイなどのサービスについて、曜日固定利用でなくスケジュールに書きにくい場合は、右の枠内に記入してください。