

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		生年月日	平成 令和	年	月	日	連絡先電話番号	-	-
利用者氏名 (児童氏名)									
通所受給者証番号		計画作成日 (申請日)	令和	年	月	日	計画作成者		本人 との 関係
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 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)									
目標							いつまでに (目標時期に☑)	<input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 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)	提供事業所名 (担当者名・電話)
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()	 日/月 日/月	

その他留意事項									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

セルフプランを希望します。 写し渡し済み

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								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

福祉サービスの総支給量

- 児童発達支援
- 医療型児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 保育所等訪問支援

日/月

日/月