

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 利用者氏名 (児童氏名)	たかつき たろう 高槻 太郎	生年月日	平成 令和	〇年 〇月 〇日	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 〇〇〇〇〇〇	計画作成日 (申請日)	令和	〇年 〇月 〇日	計画作成者	高槻 花子 本人との関係 母
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 手帳なし			疾患名	※申請書の申請者氏名を記入してください	
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、いろいろなどどころに出かけたい。					
目標	同上	児童・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 type="checkbox"/> 半年後 <input checked="" 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 checked="" 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"/> 居宅介護(身) <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()	10日/月	〇〇デイサービス
利用する(申請する)サービス名に☑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		

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>〇〇〇学校・△△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	〇〇デイサービス				〇〇デイサービス			位以外のサービス
← 20:00	夕食							
← 22:00	入浴							
← 0:00	就寝							
2:00								福祉サービスの総支給量
								<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
								日/月
								日/月
4:00								

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。

- ・月1回△△デイに通う
- ・月1～2回ヘルパーと外出する。