

しょう じしえんりょうけいかくあん
障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

ほんにん ほごしやとうよう じどうよう
本人・保護者等用 (児童用)

ふりがな 児童の名前				じゆきゆうしやしょうばんごう 受給者証番号	しょう しょうふくしサービス・ちいきせいかつしえんじぎょう 障がい福祉サービス・地域生活支援事業								しょう しょうじつしょ 障がい児通所														
					0	0	0	0							0	0	0	0									
せいねんがっぴ 生年月日	ねん 年	がつ 月	にち 日	ねんれい 年齢	さい 歳	ほごしや なまえ 保護者の名前								ほんにん つづきがら 本人との続柄													
けいかくあんさくせいび 計画案作成日	ねん 年	がつ 月	にち 日	けいかくあんさくせいしやしょめいらん 計画案作成者署名欄								ほんにん かんけい 本人との関係								でんわばんごう 電話番号							

●希望する生活や困っていること (※具体的に記入すること)

●利用する障がい福祉サービスなど

サービス種類	りようりょう 利用量 (時間・頻度など)	ていきょうじぎょうしやめい 提供事業者名 (担当者名/電話)	もくひょう 目標	もくひょうたっせいまかん 目標達成期間
じゅうきよ 住居 (在宅) <input type="checkbox"/> 居宅介護 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 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				
にっちゅうかつどう 日中活動 <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				
その他 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援				

障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

本人・保護者等用(児童用)

ふりがな	ふくやま はなこ			障がい福祉サービス・地域生活支援事業										障がい児通所							
児童の名前	福山 花子			0 0 0 0 4 9 9 9 9 9										0 0 0 0 1 9 9 9 9 9							
生年月日	2008年 1月 1日			年齢	10歳			保護者の名前			福山 一郎			本人との続柄			父				
計画案作成日	2018年 1月 1日			計画案作成者署名欄			福山 一郎			本人との関係			父			電話番号			084-928-0000		

●希望する生活や困っていること(※具体的に記入すること)

同級生とコミュニケーションをとることが苦手なため、サービスを利用してコミュニケーションの練習をする。
 友達と仲良くする。
 日常生活動作をできるだけ自分で行うようにする。安心した生活が送れるようにする。

お決まりの場合ご記入ください。また希望や予定があればその旨もご記入ください

●利用する障がい福祉サービスなど

サービス種類	利用量 (時間・頻度など)	提供事業者名 (担当者名/電話)	目標	目標達成期間
住居(在宅) <input type="checkbox"/> 居宅介護 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 通院乗降) <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所	月7時間 (不定期)	○○サービス事業所 担当者:○○ 電話084-928-0000	両親が不在のときに、安心して泊まる場所を確保する。(緊急時のみ)	1年
日中活動 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	週2日 (月・火曜) 16時~18時	○○児童発達支援事業所 担当者:○○ 電話084-928-0000	集団活動を通して他の人とのコミュニケーション力を身につける。日常生活動作を練習し、一人でできることを増やす。	1年
その他 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援				

他のサービスを利用している場合には、「その他」の欄にご記入ください。

