

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(セルフプラン)

ふりがな	くまがや じろう	生年月日	平成 5 年 10 月 10 日	連絡先電話番号	0 8 0 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
利用者氏名(児童氏名)	熊谷 次郎				
受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	障害支援区分	なし・あり(1・2・3・4・5・6)	計画作成日	記入した日付をお願いします 年 月 日
障害福祉サービス受給者証をお持ちの方は受給者証番号を記入してください。					
障害支援区分がついている方は記入してください。					
希望する生活 (困っていることも記入してください)	将来希望すること、困っている事を記入してください。 例：言われたことが守れない ・ 落ち着きがない 小学校に入学するまでに〇〇が出来るようになってほしい				
目標	上記の希望する生活をする為の目標を記入してください 例：決まりを守れるようになる ・ 集中して取り組める場面ができる。				
希望する生活のためにいつまでに何をするか					
希望する生活のために何をするか				いつまでに(目標時期に ☑)	
希望する生活に向けて、日々の生活の中でできること、利用予定事業所をお願いしたいことを記入してください。 例：決まりを守れるための療育支援を受ける。 集団での活動を通じて、集中できる遊びや趣味等を見つけられ、集中できる場面を増やす。				☐ 1か月後 ☐ 半年後 ☒ 1年後 ☐ 3年後 ☐ その他() 上記目標をいつまでに達成出来たらよいかイメージして記入して	
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)		提供事業者名(担当者名・電話)	
☐ 居宅介護(身体・家事・通院・乗降) ☐ 行動援護 ☐ 同行援護 ☐ 短期入所 ☐ 生活介護 ☐ 施設入所支援 ☐ 自立訓練(機能訓練) ☐ 自立訓練(生活訓練) ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援(A型) ☐ 就労継続支援(B型) ☐ 就労定着支援 ☐ 自立生活援助 ☐ 共同生活援助(グループホーム) ☒ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 移動支援 ☐ 日中一時支援 ☐ その他 ()		児童発達支援 15日/月 (月・水・金)		〇〇〇〇事業所 (児童発達支援事業所名) 担当：〇〇さん 担当者名が決まっている場合は記載してください。	
その他留意事項		利用する障害福祉サービスのところに☑を入れてください。			

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画【週間計画表】

	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	就寝								
	起床・朝食・整容								
	サービス利用を想定した曜日のスケジュールを記入してください。 曜日が決まっていない場合は希望を記入してください。								日常生活上の活動や参加している活動について記入してください。
	児童発達支援		児童発達支援		児童発達支援				
	昼食								
	夕食								
入浴									
就寝									
利用児童の保護者が署名してください。									

作成者署名欄

熊谷 花子