【セルフプラン】　①障害児支援利用計画案

作成者		児童との関係	
作成補助者		児童との関係	

保護者氏名		保護者生年月日	昭和・平成　年　月　日	連絡先	（自宅）　—　—
児童氏名		児童生年月日	平成・令和　年　月　日		（携帯）　—　—
住　所	名取市				
障害福祉サービス受給者証番号		障害支援区分	なし・あり（1・2・3・4・5・6）		

希望する生活、目標など（本人及び家族の意向）

希望する生活や目標のために利用を希望するサービスの種類と量

	サービスの種類（サービス名に☑）	サービスを利用することで解決したいこと、目標	本人・家族の役割	サービスの量・頻度・提供先
日中活動	□短期入所（ショートステイ）			
	□児童発達支援（未就学児童）			
	□放課後等デイサービス（就学児童）			
在宅	□居宅介護　（□家事援助、　□身体介護、　□通院等介助）			
	□行動援護			
その他	地域生活支援事業 □移動支援　　□日中一時支援			
	その他（　　）			

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取りの内容を踏まえて決定されます。

【セルフプラン】　② 週間サービス計画表

保護者氏名　　児童氏名

週間予定表は利用するサービスの[種類・内容・量(時間)]を記載する。								週単位以外や不定期のサービス・通院等
	月	火	水	木	金	土	日・祝	
6:00								① サービスの種類 内容 量・頻度
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								② サービスの種類 内容 量・頻度
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								③ 通院先病院名 主治医 通院頻度
0:00								
2:00								
4:00								