

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン①）

児童氏名		生年月日	年 月 日	連絡先電話番号			
受給者番号		計画作成日	年 月 日	セルフプラン記入者		児童との関係	

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

希望する生活 将来の目標	☐ 自立した生活がしたい	☐ 就職したい	☐ 世界を広げたい
	☐ 不自由な生活がしたい	☐ 地域で楽しんで生活したい	☐ 精神的に安定したい
	自由記入欄		

◎今後継続したい・利用したいサービス

現在利用しているサービス					現在利用している事業所	
☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 医療型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援 ☐ その他 []						
現在の課題・目標						
二本 ↑ 人 の ス の	☐ コミュニケーション能力を習得する		☐ 学習・宿題ができる		☐ 社会的なルールを身につける	
	☐ 自宅や学校以外での活動の場をつくる		☐ 着替え・排泄など日常生活が自立する		☐ 精神面が安定する	
家族の ニーズ	☐ 家族が休養できる		☐ 子育ての相談ができる		☐ 子どもが余暇を安全に過ごすことができる	
自由記入欄						
今後継続したい・使ってみたいサービス						
利用希望サービス名	希望利用回数	目標達成時期	利用開始したい時期	通いたい事業所	その他	
	☐ 週 ☐ 月 回	☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 1年 ☐ ()	☐ 今すぐ ☐ 2,3か月後 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 年後位			
	☐ 週 ☐ 月 回	☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 1年 ☐ ()	☐ 今すぐ ☐ 2,3か月後 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 年後位			
	☐ 週 ☐ 月 回	☐ 3か月 ☐ 6か月 ☐ 1年 ☐ ()	☐ 今すぐ ☐ 2,3か月後 ☐ 半年後 ☐ 1年後 ☐ 年後位			
			受理日	年 月 日	障がい児支援係担当	

