

セルフプラン【児】

事業所にセルフプランの写しを求められる場合があるため、写しを取っておくことをお勧めします。

ふりがな											計画作成日		令和	年	月	日	
利用者名											生年月日	平成・令和	年	月	日	(歳)	
受給者番号											補助作成者					続柄	父・母・その他()

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいこと、現在の生活全般の解決すべき課題など

希望とする生活 目標など											課題						
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--

◎サービスの利用意向について(☑)を記入してください。

☐ 新規のサービスを希望【開始日:令和 年 月 日】	☐ 現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】	☐ 現在のサービスを継続
---	---	-------------------------------------

障害児 通所給付費	☐ 児童発達支援 ※原則、未就学児	日/月	<目標>	●所属 ☐ 認定こども園() ☐ 小学校() ☐ 支援学級 ☐ 通級 ☐ 中学校() ☐ 支援学級 ☐ 通級 ☐ 高等学校() ☐ 支援学校() ☐ 専修学校() ☐ その他()
	☐ 児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。) ※原則、未就学児	日/月		
	☐ 放課後等デイサービス ※就学児	日/月		
	☐ 保育所等訪問支援	日/月		
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	日/月		
	介護給付費	☐ 短期入所(ショートステイ)		
☐ 居宅介護()		時間/月		
☐ 同行援護		日/月		
☐ 行動援護		日/月		
地域生活 支援事業	☐ 移動支援(ガイドヘルパー)	日/月		
	☐ 日中一時支援	回/月		

セルフプラン【児】

事業所にセルフプランの写しを求められる場合があるため、写しを取っておくことをお勧めします。

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	主に日常生活の活動
0:00								
1:00								
2:00								●事業所
3:00								()
4:00								()
5:00								()
6:00								()
7:00								
8:00								●医療
9:00								病院名()
10:00								診断名()
11:00								通院頻度(週 ・ 月 ・ 年 回)
12:00								
13:00								
14:00								●習い事
15:00								()
16:00								()
17:00								()
18:00								()
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								

週単位以外の サービス	

※この様式に準じた別の様式を使うこともできます。

※両面あります。