

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					
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。

<input type="checkbox"/> 新規のサービスを希望【開始日:令和 年 月 日】	<input type="checkbox"/> 現在のサービスを変更【変更日:令和 年 月 日】	<input type="checkbox"/> 現在のサービスを継続
---	---	-------------------------------------

障害児 通所給付 費	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 ※原則、未就学児	日/月	<目標>	●所属 <input type="checkbox"/> 認定こども園() <input type="checkbox"/> 小学校() <input type="checkbox"/> 支援学級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 中学校() <input type="checkbox"/> 支援学級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 高等学校() <input type="checkbox"/> 支援学校() <input type="checkbox"/> 専修学校() <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 ※原則、未就学児	日/月		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス ※就学児	日/月		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月		
介護給付費	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)	日/月		●相談先 <input type="checkbox"/> オールケア相談支援センター <input type="checkbox"/> 相談支援センターみらい <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 居宅介護()	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 同行援護	日/月		
	<input type="checkbox"/> 行動援護	日/月		
地域生活 支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援(ガイドヘルパー)	日/月		
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	回/月		

※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。

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。