

表

セルフプラン(障害児支援利用計画)

☐新規 ☐更新 ☐変更

計画作成日 令和 年 月 日

申請者同意欄	私は、支給決定において勘案される「利用計画」について、相談支援事業所に「障がい児支援利用計画案」の作成を依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」を提出します。また、セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、相談支援事業所のモニタリングが実施されないことなど、制度の内容を理解しています。(同意される場合、右欄の□へ✓を記入してください。)			制度の内容を理解し、セルフプランを提出します。 □(←✓を記入してください。)		
ふりがな		生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 生まれ(歳)			
利用者(児童)氏名		住所				
受給者番号		セルフプラン作成補助者	保護者氏名	続柄()	電話番号	
			その他(事業所等)			

◎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

課題		希望とする生活				
		目標				
◎利用したい福祉サービス(サービス名に☑)		希望する時間数等		希望する事業所	目標	達成時期
障害児通所給付費	☐ 児童発達支援		日/月			
	☐ 放課後等デイサービス		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)		日/月			
	☐ 居宅介護		時間/月			
	☐ 行動援護		時間/月			
	☐ 同行援護		時間/月			
	☐ その他()					
地域生活支援事業	☐ 移動支援(ガイドヘルパー)		時間/月			
	☐ 日中一時支援		日/月			

裏

【児童用】セルフプラン(障害児支援利用計画)

◎ 週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

①計画表には、障害福祉サービスのみでなく、保健医療サービスやその他の福祉サービスも利用している場合は、それも書いてください。

②計画表には、支援を受けている時間だけでなく、自分で過ごす時間（活動内容）もできる限り書いてください。