

サービス等利用計画・障がい児支援利用計画(セルフプラン)

ふりがな		生年月日	平成 令和	年	月	日	連絡先 電話番号	-	-
利用者氏名 (児童氏名)									
計画作成日		作成者							

(1)生活の希望や目標、自己実現にむけて取り組みたいこと

本人及びその家族の望む暮らし (希望する生活や目標は何ですか?)	
-------------------------------------	--

(2)上記(1)に記載したことを実現するために必要と思うサービスは次のとおりです。

<input type="checkbox"/> (更新申請の方のみ選択可能)現在利用しているサービス内容を変更せず、全てそのまま利用したい。 (注:上記を選択された方は、(2)で記載の必要な箇所はここで終わりです。

希望する生活又は目標 (当てはまる内容にチェックしてください)	希望する福祉サービス		
	サービス種類	利用意向	希望する時間数等
障がい福祉サービス等の利用に関すること(障害者総合支援法)	<input type="checkbox"/> 家事援助	継続・新規・変更・中止	()時間/月
<input type="checkbox"/> 入浴、排泄、食事等の介助を受けたい	<input type="checkbox"/> 身体介護	継続・新規・変更・中止	()時間/月
<input type="checkbox"/> 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい	<input type="checkbox"/> 通院等介助	継続・新規・変更・中止	()時間/月
<input type="checkbox"/> 外出するための支援を受けたい	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	継続・新規・変更・中止	()回/月
<input type="checkbox"/> 介助者のレスパイトを希望	<input type="checkbox"/> 短期入所	継続・新規・変更・中止	日/月
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	継続・新規・変更・中止	日/月
「	<input type="checkbox"/> 移動支援	継続・新規・変更・中止	()時間/月
」	<input type="checkbox"/> 行動援護	継続・新規・変更・中止	()時間/月
	<input type="checkbox"/> 同行援護	継続・新規・変更・中止	()時間/月
障がい児通所支援の利用に関すること(児童福祉法)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	継続・新規・変更・中止	日/月
<input type="checkbox"/> 機能訓練を受けたい	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	継続・新規・変更・中止	日/月
<input type="checkbox"/> 集団生活に馴染みたい	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	継続・新規・変更・中止	日/月
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	継続・新規・変更・中止	日/月
「	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	継続・新規・変更・中止	日/月
」			

(3)

上記以外に希望することややってみようと思うことがあれば記入してください。 例:病院の通院と一緒に行ってほしい。昼間どこかですごせる場所がほしい。
