

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

利用者氏名(児童氏名)		利用者(児童)生年月日	(歳)	利用者(児童)住所	中央区
保護者氏名(申請者氏名)		本人との続柄		連絡先電話番号	
計画作成者		障害児通所受給者番号		計画作成支援者	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
----------------------------	--

	本人の希望や生活全般の解決すべき課題	支援目標(支援内容)	支援期間	利用する福祉サービス等		利用する事業所名 利用する曜日	左記以外で利用するサービス 種類・内容・量・頻度 (学童保育・プレディなど)
				種類・内容	量・時間		
			1年	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス 月 ____ 日 ※ <input type="checkbox"/> 児童発達支援 月 ____ 日 ※ <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 月 ____ 日 ※ 上限 月23日 ※ 同日に複数の事業所は利用できません			

障害福祉サービスを受給するにあたり、サービス等利用計画(案)を相談支援事業者に依頼するのではなく、自ら作成するセルフプランによる提出を希望します。セルフプランの場合、相談支援事業者に依頼した場合に行われるサービス事業者との調整や定期的な計画見直し(モニタリング)が実施されないことなどについて説明を受け、理解しています。

_____ 年 月 日 署名

区記入欄	計画相談希望確認	有・無	計画確認者	相談支援係
------	----------	-----	-------	-------

中央区

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】(セルフプラン)

利用者氏名(児童氏名)	利用者(児童)生年月日	利用者(児童)住所	中央区
-------------	-------------	-----------	-----

注意事項

- ・同じ日に複数の事業所は利用できません。
- ・待機中の場合も、仮の予定として週間計画に記入してください。

	月	火	水	木	金	土	日・祝	通学・通園先	
6:00								名称 _____ <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学校 ※利用があれば☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通級	
8:00									
10:00									
12:00									
14:00									
16:00									
18:00									
20:00									
22:00									
0:00									
2:00									
4:00									
									週単位以外のサービス

中央区