

【作成例】※グレー色の部分をご家族様をご記入ください。
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)〇〇 〇〇	障害支援 区分	連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX	計画作成日	令和〇年〇月〇日
受給者番号	(更新の場合記入してください)		作成補助者名		利用者同意署名欄	(申請者氏名)〇〇 〇〇

希望する生活、目標、 取り組みたいことなど	保護者様の希望や、目標を簡単に記入ください。 (例)お友達やグループの中で遊べるようにする。
サービスを利用して 振り返り・感想など (更新または追加申請の 方のみ記入)	※更新者のみ記入 (例)楽しく通所できた。お友達とも少しずつ遊べるようになってきた。

種類	利用したいサービス	サービスの 利用回数	目標 及び 目標の達成時期	注意してほしいこと、その他備考		
住居	<input type="checkbox"/> 居宅介護 (家事援助・身体介護・通院等介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> その他()	週・月 回	達成時期 年 月			
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他()	週・月 回	達成時期 年 月			
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活・機能)	週・ 月 〇回	達成時期 年 月	同じ内容をお書きください。		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (児童発達支援 ・放課後等デイ)		達成時期 年 月			
その他	(他に利用するサービスがあれば記入) <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 通学支援 <input type="checkbox"/> その他()	週・月 回		<table border="1"> <tr> <td>受理印</td> <td></td> </tr> </table>	受理印	
受理印						

