

サービス等利用計画案・児童発達支援利用計画案(セルフプラン)

参考様式1 - 1

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)						
通所受給者証番号		計画作成日 (申請日)	令和 年 月 日	計画作成者	本人 との 関係	
手帳の有無	身体障がい者手帳 療育手帳 精神障がい者保健福祉手帳 手帳なし			疾患名		

希望する生活 (困っていることも 記入してください)						
目標				いつまでに (目標時期に☑)	半年後 1年後 その他()	

利用する福祉サービス等		
種類(サービス名に ☑)	内容 ・ 量 (頻度・時間)	提供事業所名 (担当者名・電話)
児童発達支援 放課後等デイサービス 移動支援 居宅介護(身体 ・ 家事) 同行援護 短期入所 その他()	児童発達支援(治療を伴うもの) 保育所等訪問支援 日中一時支援 (通院 ・ 乗降) 行動援護	
	日/月	
	日/月	

その他留意事項	
---------	--

セルフプランを希望します。

写し渡し済み

児童発達支援利用計画案【週間計画表】

参考様式1 - 2

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
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
								福祉サービスの総支給量
								児童発達支援 児童発達支援 (治療を伴うもの) 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援
								日/月
								日/月