

おもて

サービス等利用計画案・支援利用計画案(セルフプラン①)～発達支援用～

<参考例>

児童氏名(利用児)	しんじゆく はなこ 新宿 花子	生年月日(利用児)	平成 27 年 4 月 2 日	セルフプラン作成者 (保護者) 署名欄	しんじゆく たろう 新宿 太郎
保護者氏名	新宿 太郎	連絡先電話番号(自宅) <small>(セルフプラン作成者・保護者)</small>	03-3232-0000	利用児との続柄	父
受給者証番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			計画作成日	平成 31 年 2 月 1 日

希望する生活 (本人(児童)・家族の生活に対する意向)	・お話ができるようになって欲しい。 ・お友達と楽しく遊ぶ。
本人(児童)について困っていること (生活全般の解決すべき課題)	・お話が上手にできない。 ・お友達におもちゃを取られたときに、「いやだ」と言えない。
希望する生活のために何をするか (総合的な援助の方針)	・「あいあい」の生活の中で、できることを増やしていく。

「あいあい」以外の事業を併用して利用する際には、その他の事業所の欄に、利用する事業所の名前や利用日数、担当者、連絡先をご記入ください。

利用する福祉サービス等				
種類( サービス名に <input checked="" type="checkbox"/> )	目標	目標達成時期	内容・量(頻度・時間)	提供事業所名(担当者・電話)
<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	・「かして」「どうぞ」のやり取りができるようになる。 ・2語文、3語文でお話ができるようになる。	2019年3月	<input type="checkbox"/> 「あいあい」 ・単独通所 _____ 日/週 ・親子通所 _____ 日/週 ・親子活動 2 日/月 <input checked="" type="checkbox"/> 個別指導 2 日/月 ・就園児グループ _____ 日/月 <input type="checkbox"/> その他の事業所 ・事業所名: _____ 日/月	<input checked="" type="checkbox"/> あいあい(3232-0679) <input type="checkbox"/> その他の事業所 事業所名 担当者 電話番号
その他留意事項	* あいあい 単独通所、親子通所利用者用      ☆ 通所バスの利用希望 (あり・なし)      ☆ 給食提供希望 (あり・なし)			

就学前児は、「児童発達支援」  
学齢児は「放課後等デイサービス」

あいあいの親子通所(午前)、単独通所を利用される方のみ記入

目標はサービスを利用する年度末を達成時期とし、目標を立ててください。

## セルフプラン②【週間利用計画】～児童用～

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00	起床							・〇〇保育園 月～金 9:00～17:30  ・公文幼児教室 土曜日 10:00～10:30
8:00	朝食					起床	起床	
10:00	登園	登園	登園	登園	登園	公文		
12:00	〇〇保育園					昼食	昼食	
14:00	〇〇保育園							
16:00	〇〇保育園							
18:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅			
20:00	夕食							週単位以外のサービス ・あいあい 月2回 個別指導 (40分)
22:00	入浴 就寝							
0:00								
2:00								
4:00								

※サービスの種類や支給量は、このセルフプランのほか、区役所や子ども総合センター等での聞き取りの内容を踏まえて決定します。