

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 ■ 年 ■ 月 ■ 日	セルフプラン作成者 (保護者) 署名欄	しんじゆく よしこ 新宿 よしこ
保護者氏名	新宿 太郎	連絡先電話番号(携帯) (セルフプラン作成者・保護者)	090-1111-0000	セルフプラン作成者の 利用児との続柄	母
受給者証番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			計画作成日	令和 ■ 年 ■ 月 ■ 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 ☑)	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	<p>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」</p> <p>「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。</p>	令和6年3月	<input type="checkbox"/> 「あいあい」 <input type="checkbox"/> 単独通所 月23日(週5日) <input type="checkbox"/> 単独通所 月10日(週2日) <input checked="" type="checkbox"/> 親子通所 月 6日(週1日) <input type="checkbox"/> 親子通所 月10日(週2日) <input type="checkbox"/> 親子活動 月2日 <input type="checkbox"/> 個別指導 月2日 <input type="checkbox"/> 就園児グループ 月2日 <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 △△△事業所 担当者 _____ 電話番号 _____

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

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
---------	----------------------	---------------------	------------------

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 ・あいあい 親子通所 金曜日 10:00～13:30	
8:00	朝食								
10:00	登園								
12:00	〇〇保育園				あいあい				
14:00	帰宅								
16:00	夕食							昼食	昼食
18:00	入浴								
20:00	就寝								
22:00									
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。