

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)

児童
(就学前・就学児共通)
西東京市様式1

利用者氏名		じゆきゆうしや 受給者 ばんごう 番号		しょうがいし 障害支 えんくぶん 援区分		けいかくあんさくせいび 計画案作成日	令和	ねん	が	つ	に	ち	日
せいねんがっぴ 生年月日	へいせい・れいわ 平成・令和												
せいのねんがっぴ 生年月日	ねん 年		が		つ		に					ち	
プラン作成補助者の有無	なし・あり	あ 有りの場合 補助者の氏名	ほんにん 本人と かんけい の関係	1 保護者 2 サービス提供事業者等()							でんわばんごう 電話番号		
げんざい 現在の生活状況と、今後の希望や目標(長期目標)													

かいけつ 解決すべき課題 こま (困っていること)	もくひょう 目標(短期)	たっせい 達成時期	かだい 課題解決、目標達成のための福祉サービスの利用希望				りょう 量(頻度・時間)	
			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> じどうはつたつしえん 児童発達支援 <input type="checkbox"/> きょたくほうもんがたじどうはつたつしえん 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ほいくじょうほうもんしえん 保育所等訪問支援 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> いりょうがたじどうはつたつしえん 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> ほうかごとう 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他() </div> </div> <p>※上記サービスの利用日数は原則、月に23日以内です。原則日数を超過して申請する場合は利用する事業所の担当者(事業所・担当者名は上記『プラン作成補助者』欄へ記入)が下記記入欄へ超過が必要な理由を具体的に記入して下さい。保護者の就労や休息を理由とする場合は原則認められません。</p> <p>【超過が必要な理由】</p>					
			す 住 まい	ざい 宅	<input type="checkbox"/> きょたくかいごかじえんじよしんたいかいごつういんとうじょうこうかいじよつういんかいじよ 居宅介護(家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助) <input type="checkbox"/> じゅうどほうもんかいご 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> どうこうえんご 同行援護 <input type="checkbox"/> たんきにゅうしよ 短期入所		<input type="checkbox"/> じゅうどしょうがいしやとうほうかつしえん 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> こうどうえんご 行動援護 <input type="checkbox"/> その他()	
			た 他		<input type="checkbox"/> ちいきかつどうしえん 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> にっちゅういちじしえん 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> いどうしえん 移動支援 <input type="checkbox"/> せいかつ 生活サポート	

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)【週間計画表】

児童
(就学前・就学児共通)
西東京市様式2

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 週単位以外のサービス </div>
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								