

【記入例】

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	西東京 太郎	障害児支援区分	000000●●●●	計画案作成日	令和 ●年 ●月 ●日
生年月日	平成 ●年 ●月 ●日				
プラン作成補助者の有無	なし・ あり	保護者名、利用事業所担当者名等セルフプランを記入している方の氏名	本人と 1 保護者 関係 2 サービス提供事業者等	電話番号 000-000-0000	
現在の生活状況と、今後の希望や目標(長期目標)	普段生活している中で気になる事。サービスを利用しどのような事ができるようになって欲しいかなど。				

解決すべき課題(困っていること)	目標(短期)	達成時期	課題解決、目標達成のための福祉サービスの利用希望	量(頻度・時間)
本人の行動面や発達の経過の中でサービスを利用したいと思ったきっかけなど	・困りごとに対してどのようにして欲しいか ・どのような時に利用したいかなど	1年後	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 希望するサービスにチェックをつけてください <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他() ※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。 【超過が必要な理由】	利用したいサービス名と具体的な支給量(時間数)など 例:放課後等デイサービス ●日/月
家庭での困りごとなど		1年後	<input type="checkbox"/> 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"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 希望するサービスにチェックをつけてください <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()	利用したいサービス名と具体的な支給量(時間数)など 例:短期入所 ●日/月
その他の困りごとなど		1年後	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> その他()	利用したいサービス名と具体的な支給量(時間数)など 例:移動支援 ●時間/月

