

障害児支援利用計画（セルフプラン用）

障害福祉サービス受給者証番号		利用者氏名（児童氏名）	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	

計画案作成日		モニタリング期間（開始年月）		利用者同意署名欄	
--------	--	----------------	--	----------	--

利用者及びその家族の生活に対する意向（希望する生活）	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題 （本人のニーズ）	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量（頻度・時間）	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							

障害児通所支援（児童発達支援・放課後等デイサービス等）を利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「障害児支援利用計画（案）」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自ら作成する計画案、いわゆる「セルフプラン」による提出を希望します。なお、セルフプランの場合、相談支援事業所に依頼した場合に行われるサービス提供事業者との調整や定期的な計画見直し（モニタリング）が実施されないことなどについて説明を受け、理解しています。

保護者名

代筆者

障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			

計画開始年月	
--------	--

	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								

サービス提供 によって実現 する生活の 全体像	
----------------------------------	--