

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)

西東京市様式1

利用者氏名 西東京 太郎	受給者 ばんごう 番号	障害支 援区分	計画案作成日 平成 年 月 日
生年月日 昭和・平成 年 月 日	記入不要です。		
プラン作成補助者の有無 なし <b>あり</b>	※利用事業所担当者名等 ありの場合 補助者の氏名	本人と の関係 1 保護者 2 サービス提供事業者等	※利用事業所名等 ( ) TEL

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。どういう事が出来るようになって欲しいか等。
-------------------------	--

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等の中で、サービスを利用したいと思ったきっかけ。	該当するサービスを利用することで、具体的にやって欲しい支援内容。	1年後	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <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(記入例要確認)に記入して下さい。 超過が必要な理由: <注意> ・障害児本人の自立や日常生活の充実等の為に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。	児童発達支援 23日/月
家庭での困り事等。	困り事に対し、どのようになって欲しいか、またどのようなどに利用したいか等。	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 checked="" type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> その他( )	短期入所7日/月
		その他	<input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他( )	