セルフプラン　児童用　（就学前・就学時共通）

西東京市様式1

利用者氏名		受給者番号		障害支援区分		計画案作成日	令和　年　月　日
生年月日	平成・令和　年　月　日						
プラン作成補助者の有無	無し・有り	有りの場合 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（　　）	電話番号	
現在の生活状況と、今後の希望や目標（長期目標）							

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）
			日中活動		□ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く） □ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る） □ 居宅訪問型児童発達支援　□ 放課後等デイサービス □ 保育所等訪問支援　□ 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】**	
			住まい	在宅	□ 居宅介護（家事援助・身体介護・通院等乗降介助・通院介助） □ 重度訪問介護　□ 重度障害者等包括支援 □ 同行援護　□ 行動援護 □ 短期入所　□ その他（　　）	
			その他		□ 地域活動支援センター　□ 移動支援 □ 日中一時支援　□ その他（　　）	

セルフプラン　児童用　（就学前・就学児共通）【週間計画表】

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								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00						※		
16:00								週単位以外のサービス
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								