【記入例】

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	西東京　太郎	受給者番号	000000●●●●	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	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	本人との関係	1　保護者 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なって欲しいか ・どのような時に利用したいかなど	1年後	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） 希望するサービスにチェックをつけてください □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】	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	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 希望するサービスにチェックをつけてください □同行援護　□行動援護 □短期入所　□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	その他		□地域活動支援センター　□移動支援 希望するサービスにチェックをつけてください □日中一時支援　□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

【記入例】

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								○○幼稚園（年少） ○○小学校　▲年生 利用するサービス名や事業所名 例：放課後等デイサービス（事業所名）
8:00								
10:00						放課後等デイサービス（事業所名）		
12:00								
14:00								
16:00	放課後等デイサービス（事業所名）		放課後等デイサービス（事業所名）					週単位以外のサービス ○○病院に月一回通院
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								