

# 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	障害児支援受給者番号		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	なし・あり	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( )	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	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <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。 <b>【超過が必要な理由】</b>					
			住まい	在宅	<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"/> 重度障害者等包括支援 <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( )
			その他		<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( )

# 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)【週間計画表】

児童  
(就学前・就学児共通)  
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								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     週単位以外のサービス                 </div>
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								