

障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

| | | | | | | | | | | |
|--------|----------------|---|--------------|---|--------------|--------|--------------------|---------|------------------|---|
| 利用児童氏名 | 総社 太郎 | | | | 障害支援区分 | 児童生年月日 | 平成 令和 21 年 1 月 3 日 | 連絡先電話番号 | 0866 - 92 - 8265 | |
| 受給者番号 | 3 | 3 | 2 | 0 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 計画作成日 | 令和 2 年 1 月 6 日 | | 作成者 (保護者) 氏名 | | 総社 花子 | | | | | |

| | | | |
|-----------|--|----------|---|
| 希望する生活・目標 | (例) ・生活面での力をつけてほしい。 ・友達とのトラブルが減っていくようにしていきたい 等... | 希望する支援内容 | 障がい児通所支援の利用に関すること <input checked="" type="checkbox"/> 子どもに療育を継続して受けさせたい。 |
|-----------|--|----------|---|

| | |
|---------------------|--|
| 現在事業所で重点的に取り組んでいること | (例) ・係活動を通して、片付けなどのスキルを身につける。 ・友達との作業を通して、対人コミュニケーションの力を伸ばす。 等... |
|---------------------|--|

◎希望するサービス

| | | | | | | |
|----------|----------------------------------|--|------|----------|----------|------------|
| 障がい児通所支援 | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 | <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | 利用回数 | つき 月 5 回 | 利用する事業所名 | ●●●●●●●●●● |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |

◎週間計画表

| げつ 月 | か 火 | すい 水 | もく 木 | きん 金 | ど 土 | にち 日 | しゅうたんい いが い 週単位以外のサービス |
|-------|-----|------------|------|------|-----|------|------------------------|
| 6:00 | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | |
| 18:00 | | 放課後等デイサービス | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | |
| 3:00 | | | | | | | |

【セルフプランによる提出について】

私は、障がい児通所支援等を受給するにあたって勸案される「障がい児通所支援利用計画(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。

| | |
|----------|---------------------------|
| 計画(案)確認者 | はばたき園担当者が記入する欄です 印 |
|----------|---------------------------|

| | | |
|----------------|-------|----------------|
| 令和 2 年 1 月 7 日 | 保護者署名 | 総社 花子 印 |
|----------------|-------|----------------|