

障がい児支援利用計画案(セルフプラン)

利用児童氏名		障がい児 障害支援 区分		児童生年月日	平成・令和	年	月	日	連絡先電話番号	— —
受給者番号	3 3 2 0 8			計画作成日	令和	年	月	日	作成者(保護者)氏名	

希望する生活・目標	希望する支援内容 障がい児通所支援の利用に関する事 <input 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	
---------------------	--

◎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 type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	利用回数	月	回	利用する事業所名
----------	--	-------------------------------------	------	---	---	----------

◎週間計画表

	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
6:00								
9:00								
12:00								
15:00								
18:00								
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	印
----------	---

令和 年 月 日	保護者署名	印
----------	-------	---