

障害児通所支援利用計画案（セルフプラン①）

じどう しめい 児童氏名		せいねんがっぴ 生年月日	へいせい れいわ 平成・令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	れんらくさきでんわばんごう 連絡先電話番号	—	—
じゆきゆうしやばんごう 受給者番号		けいかくさくせいび 計画作成日	れいわ 令和	ねん 年	がつ 月	にち 日	さくせいほじょしや 作成補助者（または保護者）		

◎生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど

①利用者及び家族の 生活に対する意向			
②目標			
サービスの種類	①を達成するために何をするか	いつまでに（目標時期）	通所事業所 （事業所名・電話番号）
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <small>（身体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）</small>		<input type="checkbox"/> 1か月後 <input type="checkbox"/> 6か月後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 3年後 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <small>（身体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）</small>			
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			
利用日数			
日／月			
その他			

障害児通所支援を利用するにあたり、セルフプランによる申請を希望します。また、セルフプランの場合、相談支援事業所に依頼した場合に
 行われるサービス提供事業者との調整や定期的な計画見直し（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。

江南市 ふくし支援課	担当者	
---------------	-----	--

しょうがい じ つうしょ しえん り よう けい かく あん
障害児通所支援利用計画案（セルフプラン②）

しょうかんけいかくひょう
 ◎週間計画表

	げつ 月	か 火	すい 水	もく 木	きん 金	ど 土	にち 日	しょうたんにいがい 週単位以外のサービス
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								

セルフプラン①と併せて^{あわ}提出^{ていしゅつ}してください。