

# 記入例

サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン）

作成者 **稲城 花子** (本人との関係 **母**)

利用者(児童)氏名	<b>稲城 太郎</b>	生年月日	S (H) R 年 月 日生	計画作成日	R 1年 4月 1日
-----------	--------------	------	----------------	-------	------------

利用者とその家族の生活に対する意向(かなえたい生活)	・お友達と楽しく過ごしてほしい		<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">                 計画を作成ください。 太枠内は必ずご記入ください。             </div>
困っていること	・落ち着かない ・思い通りにならないと急に泣き叫ぶ	・じっと座ってられない	

利用したいサービスとそれを利用してかなえたい生活				
	サービス	サービス量	かなえたい生活	かなうまでの期間
児童	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	週・月 2日	お友達と楽しく過ごしてほしい	<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input checked="" type="checkbox"/> 継続
家で	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護	月 ___ 時間		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
住まい	<input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 療養介護	月 ___ 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
通う所	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	週・月 ___ 日		<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input type="checkbox"/> 継続
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 就労定着支援	週・月 2日	レスパイト	<input type="checkbox"/> カ月後 <input type="checkbox"/> 年後 <input checked="" type="checkbox"/> 継続

## サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン） 【週間プラン】

利用者(児童)氏名	<b>稲城 太郎</b>	計画開始年月	〇〇年 〇月
-----------	--------------	--------	--------

月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00							7:00 起床
							7:30 朝食
							12:00 昼食
							18:00 夕食
							入浴
							22:00 就寝
14:00	放課後等デイサービス ●●事業所	放課後等デイサービス ▲▲事業所		放課後等デイサービス ▲▲事業所			週単位以外のサービス 移動支援(月2回)  緊急一時(月3回)
16:00							
18:00							
20:00							

週間計画を作成ください。  
わからなければ、特に「利用者(児童)氏名」、事業所に通う曜日を記載ください。  
(通う曜日が決まっていなければ、余白に「週2日など」と記載ください)