<在籍している学校等>

在籍している学校等についてご記入ください。

学校名等	学年・クラス等	担当者・担任
幼稚園		
保育園		
小学校	年生 普通級・支援級・通級(小学校)	
中学校	年生 普通級・支援級・通級(中学校)	
高校	年生	
船橋 特別支援学校	年生 小学部・中学部・高等部	(〇〇先生)

この枠内に通っている学校名等を記入してください。

<利用するサービス>

契約を予定しているサービスの事業所と利用量をご記入ください。
 ※長期休暇等の利用量が通常時と異なる場合は、表下の空欄にてご対応ください。(例:長期休暇 週〇日)
 利用量は、事業所と調整できた予定日数を記入してください。
 ※支給量を決定するための資料になりますので、必ずご記入ください。

【サービスの種類】	【利用量(頻度・時間など)】	【事業所】
児童発達支援	週 日	
放課後等デイサービス	週 2 日	〇〇 事業所
保育所等訪問支援	月 日	未就学児：児童発達支援 就学児：放課後等デイサービス
短期入所(日中一時支援) 移動支援	週 1 回	●●事業所
(居宅介護) 同行援護・行動援護	月 1 回	□□サービス
放課後等デイサービス【長期休暇】	長期休暇 週 3~4日	〇〇 事業所

<セルフプランを選択している理由に✓をつけてください>

長期休暇時に通所する日数を記入してください。

相談支援事業所について

1. 探したが空きがないと言われたから	2. 探し方が分からなかったから
3. 利用していたが止めたから (理由:)	
4. 必要性を感じていないから	
その他	
5. プランは保護者で作成したいと思ったから	
6. その他(理由:)	

該当する理由に✓をつけてください(必要に応じて理由を書いてください)。

※セルフプランを希望する場合は、下記に必ず保護者氏名のご記入をお願いします。

私は障害児通所支援を利用するにあたり、サービスの支給決定において勘案される「障害児」について、相談支援事業所に依頼するのではなく、自分の意思において「セルフプラン」による提出を
 ラン提出に関しては自らサービス調整を図ることや、指定障害児相談支援事業者からモニター
 ど、制度の内容を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。

自署してください

利用者(保護者)氏名
 船橋 花子 (必ず父か母)
 ※自署してください

記載例

週間サービス計画表

利用者氏名 船橋 次郎

作成者氏名 船橋 太郎

作成日 令和〇〇年〇月〇〇日

	月	火	水	木	金	土	日	その他の予定
6:00	起床	→						ST(言語療法)指導 月 1回
	朝食・身支度	→						PT(理学療法)指導 なし
8:00		→						OT(作業療法)指導 なし
10:00	学校 (幼稚園、 在宅等)	→				公園 または 買い物	公園 または 買い物	〇〇 病院受診 (年)・月 2~3 回)
12:00		→						
14:00								昼食
16:00	放課後等デイ サービス 〇〇事業所	帰宅	放課後等デイ サービス 〇〇事業所	帰宅	日中一時	買い物や 天気が良いと 散歩	在宅 TV パソコン	
18:00	夕食							
20:00	入浴							
22:00	就寝							
24:00								

何曜日に利用するか分からない場合は、可能性の高い曜日に記入してください。

※週間生活状況(予定)を、できるだけ具体的に記入してください。
隔週や不定期に利用しているサービス、医療機関への受診状況なども記入してください。

児童発達支援/~~放課後等デイサービス~~ 週 2 日利用 / 長期休暇 週 3~4 日利用
 保育所等訪問支援 月 日利用
 <上記以外に不定期で受けている支援があればご記入ください。>
 日中一時支援 不定期・週 1 日利用 / 移動支援 不定期・週 日利用
 短期入所 (不定期)・月 一回利用 / 居宅介護 不定期 月 1 回利用

該当するサービスを○で囲んでください。