必ず提出

セルフプラン（児童）

（障害児支援利用計画案兼作成届）

作成日　令和　年　月　日

利用者氏名（児童）	（フリガナ）	生年月日	平成・令和　年　月　日
		障害福祉サービス受給者証番号	
		通所受給者証番号	
利用者住所	電話　－　－		
セルフプラン作成者	（フリガナ）	サービス利用者との関係	
作成者住所	□同上　電話　－　－		

＜現状の生活について＞

生活の中で困っていることは何ですか。

＜サービスを利用するにあたって＞

サービスを利用することでどのような生活を送りたいですか。

サービスを利用する上で不安なことがあれば記入してください。

＜同意欄＞

個別支援計画又は障害児支援利用計画、サービス等利用計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定調査に係る認定調査・概況調査の内容、勘案事項聴取の内容、サービス等利用意向聴取の内容、船橋市障害者介護給付費等認定審査会における審査判定結果・意見、医師意見書及びこの障害児支援利用計画案、サービス等利用計画案（セルフプラン）の全部又は一部を、船橋市から指定相談支援事業者、障害児通所支援事業者、障害福祉サービス事業者、若しくは保育園、幼稚園、認定こども園、学校の関係人に提示することに同意します。

利用者（保護者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※自署してください

事務局使用欄　担当者　事業所等への確認　相談（あり・なし）　契約（あり・なし）　利用（あり・なし）

船橋市長あて　児童福祉法第21条の5の7第4項、第5項（障害者総合支援法第22条第4項、第5項）に基づき、上記障害児支援利用計画案（サービス等利用計画案）を提出します。

※セルフプラン作成者が提出する場合は、下記の記入は不要です。

提出者	氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成　年　月　日
	住所	□同上　電話　－　－		

!!　裏面も必ずご記入ください。!!

回・療育・①

＜更新後から在籍する学校等＞

更新後から在籍す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	
特別支援学校	年生　小学部 ・ 中学部 ・ 高等部	

＜更新後から利用するサービス＞

更新後から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　　日	
保育所等訪問支援	月　　日	
短期入所・日中一時支援・移動支援		
居宅介護・同行援護・行動援護		
放課後等デイサービス【長期休暇】	**長期休暇　週　　日**	

＜セルフプランを選択している理由に✓をつけてください＞

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：　　）		

※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なく、自分の意思において「セルフプラン」による提出をします。なお、セルフプ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リングが実施されないなど、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。

利用者（保護者）氏名

※自署してください

必ず提出

週 間 サ ー ビ ス 計 画 表

利用者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　作成者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　作成日 令和　　年　　月　　日

	月	火	水	木	金	土	日	その他の予定
6:00								ST（言語療法）指導 PT（理学療法）指導 OT（作業療法）指導
8:00								
10:00								病院受診 （年　・月　　回　）
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								

児童発達支援／放課後等デイサービス　　週　　日利用／長期休暇　週　　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　　日利用　／　移動支援　不定期　・　週　　日利用

短期入所　不定期　・　月　　回利用　／居宅介護　不定期　月　　回利用

回・療育・①