

**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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同上	電話	-	-		

**!! 裏面も必ずご記入ください。!!**

<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はなく、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
8:00								OT(作業療法)指導
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