

障害児通所支援利用のセルフプラン（就学児向け）

ふりがな		生年月日	平成・令和	年	月	日	年齢
児童氏名		住所	千歳市				歳
ふりがな							
保護者氏名		続柄	日中連絡先（携帯）				いずれかに○ 父・母・祖父・祖母

次のように、セルフプランを作成します。 令和 年 月 日

セルフプラン提出にあたっての同意事項	確認 ☐
●私は、通所支援等を受給するにあたって勘案される「こども支援利用計画（案）」について、相談支援事業者に依頼するのではなく、自ら作成する計画案（セルフプラン）による提出を希望します。 ●私は、セルフプランの場合、相談支援事業者に依頼した場合に行われるサービス事業者との調整や定期的な計画の見直し（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。 ●サービス提供事業所が通所支援計画を作成するために必要があるときは、本セルフプランの写しを、千歳市から障害福祉サービス事業所若しくは、障害児通所支援事業所の関係者に提供することに同意します。	

事業所利用予定

【平日】 毎週か隔週、該当する方を○で囲って下さい。 で曜日が固定ではないときは未記入。

曜日	月（毎週・隔週）	火（毎週・隔週）	水（毎週・隔週）	木（毎週・隔週）	金（毎週・隔週）	土（毎週・隔週）	日・祝（毎週・隔週）
事業所名							
通所時間	： ～ ： まで	： ～ ： まで	： ～ ： まで	： ～ ： まで	： ～ ： まで	： ～ ： まで	： ～ ： まで

日中の過ごし方

学校名	：	年 組 ・ 支援学級	担任名	先生
-----	---	------------	-----	----

【放課後】

【利用中の放課後等デイサービス】	
事業所名	： 日/月 ☐ 決まった曜日はなく、毎月希望日に通所をしている。
事業所名	： 日/月 ☐ 決まった曜日はなく、毎月希望日に通所をしている。
事業所名	： 日/月 ☐ 決まった曜日はなく、毎月希望日に通所をしている。
事業所名	： 日/月 ☐ 決まった曜日はなく、毎月希望日に通所をしている。
【放課後等デイサービスに行かない日の過ごし方】	
☐ 友達と遊びに行っている。	
☐ 自宅で過ごしている。	
☐ 学童を利用している。 学童名 日/週 利用している曜日 【 月 火 水 木 金 土 】	
☐ 習い事に通っている。	
☐ その他（ ）	

【長期休み時のみ利用する場合】 平日には利用していないけど長期休みだけ利用している事業所がある場合

事業所名	契約支給量 日/月	事業所名	契約支給量 日/月	事業所名	契約支給量 日/月
利用時間	： ～ ；	利用時間	： ～ ；	利用時間	： ～ ；

裏面も必ずご記入ください。

本人の生活

本人の生活リズム	
起床（ ： ）	就寝（ ： ）

習い事等（曜日も記入）

通院・アレルギー・服薬状況		
通院状況（ ）年ごと・（ ）ヶ月ごと（ ）回 病院名：	アレルギー【あり・なし】	服薬 【あり・なし】 薬名： _____

児童の好きなこと、苦手なこと

【好きなこと（趣味・特技）】

【苦手なこと】

サービスを希望する理由

【保護者が困っていること】

【困っているときに工夫していること】

児童や保護者が希望する生活

【最近できるようになったこと】

【次回更新までにできるようになりたいこと、できるようになってほしいこと】

【これまでに受けた発達検査の結果や助言の内容（一番新しい情報）】

その他に利用しているサービスの種類と量

その他のサービス			
サービスの種類	サービスの量	サービスの種類	サービスの量
☐ 保育所等訪問支援	日/月 ・ 不定期	☐ 短期入所	日/月 ・ 不定期
☐ 日中一時支援	日/月 ・ 不定期	☐	日/月 ・ 不定期

【事業所等に伝えたいことなどがあれば自由に記載してください】