

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	ちとせ はなこ	生年月日	平成 令和 ○○年 ○月 ○日			年齢
児童氏名	千歳 花子	住所	千歳市東雲町2丁目34番地			8 歳
ふりがな	ちとせ たろう					
保護者氏名	千歳 太郎	続柄 父	日中連絡先（携帯）	000-1111-2222		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 記入日を書いてください。

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、相談支援事業者から提供されるのではなく、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（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。	

内容を読んでから☑を入れてください。

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	○○事業所		○○事業所				
通所時間	15 : 30 ~ 17 : 00 まで	: ~ : まで	: 下校 ~ 17 : 00 まで	: ~ : まで	: ~ : まで	: ~ : まで	: ~ : まで

日中の過ごし方

支援級の場合は○で囲んで下さい。

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

【放課後】

週末のみと長期休みに利用の際は、この欄と下記の【長期休みに利用する場合】の欄2ヶ所に各事業所との契約日数を記入する。（受給者証P9とP10に記載）

【利用中の放課後等デイサービス】			
事業所名	: ○○○	5 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	: ○○○	5 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。

曜日が決まっていなく月の支給量での利用の場合はここに☑をする。

【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 ○○学童 2 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（ 母が仕事の時は、祖父母家で過ごしている ）

【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	事業所名	契約支給量	事業所名	契約支給量
	日/月		日/月		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 (7 : 00) 就寝 (21 : 00)

習い事等 (曜日も記入)
サッカー (火・木) 英語教室 (金)

通院・アレルギー・服薬状況		
通院状況 () 年ごと・ (6) ヶ月ごと (1) 回 病院名 : ○○こども発達クリニック	アレルギー【あり・なし】 卵 (全除去)	服薬【あり・なし】 リスパダール

児童の好きなこと、苦手なこと

【好きなこと (趣味・特技)】
・体を動かす事 ・絵をかいたり、工作をすること
【苦手なこと】
・読み書きが苦手で板書をその場で書くことが難しい ・その場で自分の気持ちを言葉で表現することが難しい

サービスを希望する理由

【保護者が困っていること】
・気持ちの切替ができない ・発語がないので、気持ちを伝える事ができない
【困っているときに工夫していること】
・あとからゆっくりと聞いて確認する ・先生に伝えて気持ちの切替ができるように別の場所へ移動する

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】	学校や事業所での様子を記入してください。
・事業所であった楽しいことを話してくれるようになった。 ・先生に困っていることを伝えられるようになった。	
【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】	
・宿題も自分からやるようになり、分からないところを先生や周りに聞けるようになりたい。 ・嫌なことや自分の思い通りにならなくても、気持ちを切替える時間を短くしたい。	お子さんにとって実現可能な目標を記載してください。

【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)】
WISC - 検査日 (R.O.O.O) 全検査IQ : ○○ 言語理解 : ○○ 知覚推理 : ○○ ワーキングメモリー : ○○ ○○病院 ○○先生 自閉スペクトラム症 (○○病院 ○○先生診断 診断日 : ○年○月)

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	☒ ファミリーサポート	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】