

障がい児支援利用計画案

りようしゃ しめい 利用者氏名	山形 太郎	けいかくかくせいしゃ 計画作成者	山形 紅子	けいかくかくせいび 計画作成日	令和〇年△月×日
--------------------	-------	---------------------	-------	--------------------	----------

セルフプランに関するチェックシート	
☒	利用者は、障がい者手帳（身体障がい者手帳又は療育手帳）を所持している又は特別支援学校に在籍している。
☒	利用を希望している障がい児通所支援は、「放課後等デイサービス」のみである。
☒	本人または、家族の中で障がい児通所支援の利用の経験がある方がいる。
私は、自らの希望により、以上のとおりセルフプラン（※）を作成し、提出します。	
☒	※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、指定特定相談支援事業者からモニタリングが実施されていないなど、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。
☒	申請する者は、サービスの内容を理解しており、サービス及びサービス提供事業所との調整を自分で行うことができる。
上記のチェックシートのうち、一つでも確認ができない場合は、セルフプランにより障がい児通所支援を利用することができません。	

いまこま 今困っていること なや 悩んでいること	困っていきことがまわりの人に分かってもらえない。 人との距離感が分からない。 落ち着きがない。
-----------------------------------	---

子どもがどんなふう に過ごしたいか	☐ 元気に楽しく過ごしたい	☒ その他 〇〇ができるようになりたい。 困っていることを言葉で伝えられるようにしたい。
	☐ 友達をつくりたい	
	☒ 自分でできることを増やしたい	

保護者の希望	☒ 介護・子育てのサポートをしてほしい	☒ その他 生活リズムを整えていきたい。 落ち着いて行動できるようになってほしい。 〇〇ができるようになってほしい。
	☐ 友達との関わりが増えてほしい	
	☒ 子育ての不安を解消したい	

希望するサービス	希望する時間数等	目標達成時期	サービス提供事業所等に注意してほしいこと
☒ 放課後等デイサービス	☒ 当該月 - 8日（支給基準量） ☐ 日/月	サービスの支給期間が終了する まで	こどもの事業所での様子を詳しく知りたい

申請者氏名

山形 紅子