

セルフプラン（児童）

フリガナ		児童と の続柄		プラン 作成者		児童と の続柄		作成者 電話番号	
保護者氏名		児童 生年月日	年 月 日	年齢	歳	プラン 作成日	年 月 日		

サービス等を利用して 目指したい生活の姿	
長期目標	
短期目標	

サービス種類	希望する支給量	サービスの利用により 解決したい生活の課題	課題解決に向けての目標	目標達成時期	その他留意事項
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (肢体不自由児への治療を除く)	日/月				
<input type="checkbox"/> 児童発達支援 (肢体不自由児への治療に限る)	日/月				
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	日/月				
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	日/月				
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	日/月				

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、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。

年 月 日 保護者署名

セルフプラン【週間計画表】

保護者氏名		児童氏名		児童生年月日	年 月 日	作成日	年 月 日
-------	--	------	--	--------	-------	-----	-------

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
								週単位以外のサービス