サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（児童氏名） |  | 保護者氏名（児童の場合） |  | 続柄 | セルフプラン作成者 | 　　　 | 続柄 |
| 住所 | 〒　　　　-　　　　　 | 電話番号 | 　　　　　　　（　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 | 男　　　　女 | 【計画作成日】　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| **１．現在の状況** |
| 手帳の状況 | 　□　身体障害者手帳　　　　　□　療育手帳　　　　　□　精神障害者保健福祉手帳　　　　　□　手帳なし |
| 障害又は疾患名 |  |
| 障害支援区分 | （区分）　　なし　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５　　　６ | （認定有効期間）　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 介護保険区分 | （区分）　　要支援　　　１　　　２　　　　要介護　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５ |
| 利用中のサービス | 種類 | 内容 | 支給量（頻度・時間） | 医療の状況 | 傷病名 |  |
|  |  |  | 医療機関名 |  |
| 医療機関電話番号 | （　　　　　　　　） |
| 主治医 |  |
| 通院頻度服薬状況等 |  |
| 家族の状況 |  | 現在の生活状況等 |  |

**２．今後の計画**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用事業所名 |  | 事業所利用開始日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 本人の生活に対する意向 |  |
| 家族等の生活に対する意向 |  |
| 具体的な目標 |  |
|  | 長期目標 |  |
|  | 短期目標 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 本人の希望・ニーズ | 支　援　目　標 | 福祉サービス・その他社会資源等 | 備　考 |
| 種　類 | 支　援　内　容 | 支給量（頻度・時間） |
| １ |  |  | □児童発達支援□医療型児童発達支援□放課後等デイサービス□居宅訪問型児童発達支援□保育所等訪問支援 |  | 日/月 |  |
| ２ |  |  | □児童発達支援□医療型児童発達支援□放課後等デイサービス□居宅訪問型児童発達支援□保育所等訪問支援 |  | 日/月 |  |
| ３ |  |  | □児童発達支援□医療型児童発達支援□放課後等デイサービス□居宅訪問型児童発達支援□保育所等訪問支援 |  | 日/月 |  |