障害児支援利用計画（セルフプラン記入例）

ふりがな 利用者氏名（児童氏名）		ふりがな 保護者氏名		連絡先電話番号	－　　－
生年月日	平成 令和　　年　　月　　日	障害福祉サービス受給者証番号 障害児通所受給者証番号		計画作成日	令和　　年　　月　　日

希望する支援内容（当てはまる内容にチェックしてください）	希望する福祉サービス等 サービス種類	希望する時間数等	備考
障害児通所支援の利用に関すること □ こどもに療育を受けさせたい □ 授業の終了後（休業日含む）に訓練を受けさせたい □ 集団生活において相談したい その他 「　　」	□児童発達支援	4日 ・ 9日 ・ 13日	
	□児童発達支援（センター）		
	□医療型児童発達支援		
	□放課後等デイサービス	4日 ・ 9日 ・ 13日	
	□放課後等デイサービス（センター）		
	□居宅訪問型児童発達支援		
	□保育所等訪問支援		
障害福祉サービス等の利用に関すること（その他） □ こどもを預かってほしい	□短期入所	日／月	
	□日中一時支援	8日／月 ・ 23日／月	
障害福祉サービス等の利用に関すること（訪問系） □ こどもの入浴、排せつ、食事等の介助を手伝って □ こ　　るときに支援してほしい その 「	□身体介護	時間／月	
	□通院等介助	時間／月	
	□等乗降介助	回／月	
	護	時間／月	
	護	時間／月	
	支援	間／月	

その他 注意してほしいこと	
作成者	（署名又は記名押印）
相談者	（署名又は記名押印）

事業所に特に配慮してもらいたいことがある場合は記入してください。

支給決定者本人が記入した場合は本人の署名又は記名押印
それ以外の者が記入した場合は、記入した者の職名又は続柄及び署名又は記名押印

セルフプランの作成にアドバイスを行った者の職名又は、続柄及び署名又は記名押印
計画相談支援事業者でセルフプランの内容確認を行った場合は、相談支援事業所の事業所印を押印

支給決定者本人が記入した場合は不要
本人以外の者が記入した場合は、申請者本人の署名又は記名押印が必要

私は、計画相談支援事業所の計画（案）にかえて上記のとおり「セルフプラン」を提出します。
なお、モニタリングがないことについて説明を受けています。

利用者同意署名欄	（署名又は記名押印）