

障害児支援利用計画（セルフプラン用）

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分		相談支援事業者名	
保護者氏名		本人との続柄			
障害福祉サービス受給者証番号				計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号			
計画案作成日		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)	
総合的な援助の方針	
長期目標	
短期目標	

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)		障害程度区分	
障害福祉サービス受給者証番号		相談支援事業者名	
地域相談支援受給者証番号		通所受給者証番号	

計画開始年月

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

サービス提供によって実現する生活の全体像	
----------------------	--