

## 茅ヶ崎市 障害児支援利用計画案(セルフプラン)

記載例

令和8年4月ver

利用者氏名		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日	作成補助者署名	
保護者氏名		続柄	計画作成日	令和 年 月 日	保護者同意署名	
所属先(学校等)			受給者番号			

1. 現在の生活状況と困っていることについて	2. 将来希望する生活について(長期目標)
<p>現在の生活状況:  <b>現在、〇〇小学校支援級に通っている。安定した生活が過ごせている。母親も〇月より職場復帰を予定している。〇〇ちゃんに祖父母がいるが、日中就労している。現在、地域で家庭以外で安心して過ごせる場所がない。</b></p> <p>困っていることや改善したいこと:  <b>自分の気持ちを言葉で伝えられるようになってほしい。お友達とうまくコミュニケーションがとれるようになってもらいたい。</b></p>	<p>■お友達と上手にかかわりたい  <input type="checkbox"/>生活のリズムをつくりたい  <input type="checkbox"/>自分の思いを伝えられるようになりたい  <input checked="" type="checkbox"/>生活のしづらさを軽減させたい  <input type="checkbox"/>できる事を増やしたい  <input checked="" type="checkbox"/>家族の用事の時間をつくりたい  <input checked="" type="checkbox"/>放課後過ごす場所がほしい</p> <p>□安定した集団生活を送りたい  <input type="checkbox"/>生活習慣を身につけたい  <input checked="" type="checkbox"/>社会性を身につけたい  <input type="checkbox"/>行動を整えたい  <input type="checkbox"/>医療的ケアをうけたい  <input type="checkbox"/>保育所等に楽しく通いたい</p>
困った時に相談する機関 ( <input checked="" type="checkbox"/> 相談支援事業所 )	3. その他

4. これから利用したい支援		支援内容	(利用時間または回数)
在宅支援	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護)	利用を希望する理由・内容:	1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助)		1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助)		1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助)		月 回
	<input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護	利用を希望する理由・内容:	1回 時間 月 時間
	<input type="checkbox"/> 短期入所		月 日
	<input type="checkbox"/> その他( )		月 日
日中活動支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	利用を希望する理由・内容: 言語の発達促進・社会性や生活習慣を身に着けるため。 自分の気持ちを言葉で伝えられるようになるため。	月 日
	<input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		月 15 日
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		月 日
	<input type="checkbox"/> その他( )		月 日

同世代・異年齢のお友達との交流をする。  
集団療育を通してコミュニケーション力向上