

# 茅ヶ崎市 障害児支援利用計画案(セルフプラン)

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)	
現在の生活状況:		<input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> 家族の用事の時間をつくりたい <input type="checkbox"/> 放課後過ごす場所がほしい	
困っていることや改善したいこと:		<input type="checkbox"/> 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 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	
困った時に相談する機関 ( )		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	利用を希望する理由・内容:		月 日	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援			月 日	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス			月 日	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			月 日	
<input type="checkbox"/> その他( )				月 日	

