

サービス等利用計画・障害児利用支援計画案（セルフプラン）【新規・更新・変更】

利用者氏名	太田 太郎		生年月日	昭和・平成・令和 3年 2月 1日	計画作成日	令和 8年 1月 15日
住所	太田市浜町2-35				連絡先	0276-47-1111
手帳等番号	療育手帳 群馬県第〇〇〇号	障害支援区分	なし	受給者番号	計画作成者 (利用者との関係)	太田 花子(母)

生活の希望や目標、自己実現に向けて取り組みたいことなど	困っていること、解決すべき課題
・健康で元気に育ってほしい ・人との関わりの中でコミュニケーション、社会性などの能力を高めてほしい	・他人とうまくコミュニケーションが取れない ・家族を叩くことがよくあり、友達を叩かないか心配。 ・切り替えがうまくできない。

利用するサービスの種類（サービス名に☑）		利用回数	本人の目標	目標達成時期
日中活動	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	週・月 4 回	・集団生活での対応を身につける。 ・周りの友達と仲良く過ごす。	1年
	□その他（ ）			

手帳・通院の状況		世帯構成員の状況		メモ（サービス利用に至った経緯など）
手帳	・ B2 級（身体・知的・精神） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	世帯構成員 <ul style="list-style-type: none"> ・ <input type="checkbox"/>父 <input checked="" type="checkbox"/>母 ・ <input type="checkbox"/>兄弟姉妹（妹 3歳） ・ その他（ ） 	兄弟児利用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	・1歳児検診のときに指摘を受け、リハビリに通い利用をすすめられた ・定期通院：△△総合病院 療育リハビリ 約2回/月（予約により変動あり） ・服薬：てんかんのため服薬中（エトサクシミド） ・R8.4.1～○○相談支援事業所へ移行予定
医療	・ 定期通院 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・ 服薬 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・ 診断名：てんかん			

サービス提供事業者に配慮してほしいこと（サービス提供するうえでの留意事項）	利用する事業所（担当者）
・急に声をかけられたりすると驚いてしまうため、接する際には配慮してほしい。	・ 放課後デイサービスA （金山） ・ 放課後デイサービスB （新田） ・ 2月1日から利用希望

サービス等利用計画・障害児利用支援計画案（セルフプラン）週間計画表

受給者番号 **54321** 氏名 **太田 太郎**

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
5:00							月～金 ○○小学校 2年 支援学級
6:00							
7:00							
8:00							
9:00	○○小学校	○○小学校	○○小学校	○○小学校	○○小学校		火・金 放課後等ディ ^{サービス} A事業所 自宅への送迎あり
10:00							
11:00							
12:00	○○小学校	○○小学校	○○小学校	○○小学校	○○小学校		火・金 放課後等ディ ^{サービス} B事業所 自宅への送迎あり ※ 必要に応じて土曜の利 用を契約中
13:00							
14:00							
15:00							
16:00	放課後等ディ ^{サービス} A事業所	放課後等ディ ^{サービス} B事業所		放課後等ディ ^{サービス} A事業所	放課後等ディ ^{サービス} B事業所		水 ○×スイミングス クール 17:00～ 18:00
17:00			スイミング				週単位以外のサービス
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							

※サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や聞き取り調査の内容を踏まえて決定されます。

※このセルフプランは、事業所に提出するよう求められます。市に提出する際に必ず本人控えをとり保管してください。

※セルフプランに関する相談は、太田市障がい福祉課（0276-47-1929）又は太田市障がい者相談支援センター（0276-57-8210）へ。