

## 障害児支援利用計画案(セルフプラン①)

利用者氏名		生年月日	平成・令和	年	月	日 ( 才 )	連絡先(電話・FAX)	
受給者番号	区分	計画作成日	令和	年	月	日	作成補助者	

今、困っていること	
希望する生活	

	利用したいサービス	利用施設と頻度	目標	達成時期
日 中 活 動	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援			<input type="checkbox"/> 負担金見直し時期 <input type="checkbox"/> その他(                      )
在 宅	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他(                      )			<input type="checkbox"/> 負担金見直し時期 <input type="checkbox"/> その他(                      )
そ の 他				<input type="checkbox"/> 負担金見直し時期 <input type="checkbox"/> その他(                      )

行政使用欄	受理日
-------	-----