

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案(セルフプラン)

フリガナ 利用者氏名	カシワ ジロウ 柏 次郎	生 年 月 日	平成 24 年 1 月 1 日 (5 歳)	
住 所	柏市柏5-10-1			
受給者証番号	1 2 2 1 7 9 9 9 9 9	障害支援区分	なし・1・2・3・4・5・6 有効期限： 年 月 日	
申請区分	新規・継続・変更	作成者	本人・他 (父：柏 一郎)	
		作成補助者	(続柄)	
手帳などの状況(あてはまるものに○)		家族の状況(本人以外)		
	身体障害者手帳(級)	氏 名	続柄	年齢 同・別居
○	療育手帳(等級 Bの1)	柏 一郎	父	32 同・別
	精神障害者保健福祉手帳(級)	柏 二美	母	32 同・別
	自立支援医療(精神通院)	柏 三郎	兄	8 同・別
	障害年金(級)	柏 零子	祖母	58 同・別
	指定難病受給者証			同・別
	生活保護	備考：祖母は健康で市内に住んでおり、時々、本人の面倒を見てくれる。		
	その他：			
医 療 の 状 況				
診断名	知的障害・自閉症	過去の受診歴・現在の健康状態		
医療機関	△△こどもクリニック	・2歳より左記の病院に受診。		
主治医	〇〇 〇〇医師	・内科疾患はなく身体面は健康。		
通院頻度	月に1回(火曜午前)			
服薬状況	特になし			
生活歴(学歴・職歴含む) 現在の日中活動		利用サービス・支援の状況(相談・福祉サービス・補装具・訪問看護・精神科デイケア等)		
・1歳6か月健診で発達の遅れを指摘され、市の母子集団指導に参加 ・2歳からこども発達センターの外来に通所 ・4歳からキッズルームに通所		・こども発達センターで発達相談、支援 ・キッズルーム(児童発達支援)に通所 ・児童相談所で療育手帳に関わる面談、心理検査		

セルフプランは本人控えとサービス提供事業所への提出用に必ず写しを取って下さい。

□希望する生活と目標・サービス

希望する生活・目標	<p>・療育を受けて他の子ども達と楽しく遊べるようになって欲しい。</p> <p>・年中の5月から●●幼稚園に通いたい。</p>			
サービスの種類(希望するものに○) 日数・時間数			サービス利用により望む生活 達成時期・利用頻度・事業者・施設 事業者や施設に配慮してほしいこと	
在宅	身体介護	月	時間	
	家事援助	月	時間	
	訪問入浴サービス	月	日	
	通院等介助	月	時間	
	通院等乗降介助	月	回	
	重度訪問介護	月	時間	
	行動援護	月	時間	
	同行援護	月	時間	
	移動支援	月	時間	
	短期入所	月	日	
	日中一時支援	月	日	
	地域定着支援	月	日	
自立生活援助	月	日		
日中活動	生活介護	月	日	<p><u>利用事業所名・利用頻度を記入</u></p> <p>○○柏教室 週2日利用</p> <p>・キッズルームに通所しながら、令和元年5月から●●幼稚園に通うため、保育所等訪問支援を利用希望。幼稚園卒園まで希望。</p> <p>・子どもの特性に合わせて幼稚園での支援をして、家庭での関わりかたなどをアドバイスして欲しい。</p>
	自立訓練	月	日	
	就労移行支援	月	日	
	就労継続支援A型	月	日	
	就労継続支援B型	月	日	
	就労定着支援	月	日	
	地域活動支援センター	月	日	
	○ 児童発達支援	月	10日	
	医療型児童発達支援	月	日	
	放課後等デイサービス	月	日	
○ 保育所等訪問支援	月	2日		
居住	療養介護	月	日	
	施設入所支援	月	日	
	共同生活援助(グループホーム)	月	日	
	宿泊型自立訓練	月	日	
	地域移行支援	月	日	