

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案【週間計画表】(セルフプラン)

利用者氏名(児童氏名)	水戸 太郎	障害程度区分		利用者(児童)生年月日	H29.1.1	連絡先電話番号	029-253-3650
保護者氏名	水戸 花子	本人との続柄	母	利用者(児童)住所	水戸市上水戸4-7-24		
障害福祉サービス受給者証番号	123456	利用者負担上限額	4600円	計画作成者(支援者)	なし		
通所受給者証番号		地域相談支援受給者証番号		計画開始年月	R3年1月		

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<ul style="list-style-type: none"> ・月～木曜日は幼稚園に通園 ・月,火曜日は幼稚園の後に児童発達支援(15:00～17:00)を利用(1回1時間)。 ・金曜日は9:00～14:30まで児童発達支援を利用。
8:00								
10:00	○○幼稚園				児童発達支援(事業所A)			
12:00								
14:00								
16:00	児童発達支援(事業所B)	児童発達支援(事業所B)					週単位以外のサービス	
18:00							・保育所等訪問支援 ・日中一時支援(必要時)	
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

サービス提供によって実現する生活の全体像 **幼稚園での活動や友達や先生と楽しく過ごすことができるように、児童発達支援を利用して集団参加やコミュニケーションスキルを学んでいって欲しい。**