

さいみ まんよう
セルフプラン（18歳未満用）

りようしゃしめい 利用者氏名	
せいねんがっぴ 生年月日	年 月 日（さい歳）
しよぞく 所属	ほいくえん ようちえん 保育園・幼稚園・なし がっこう（ねんせい） 学校（年生） つぎきゅう しえんきゅう （通級・支援級）
さくせいしゃ 作成者	（つづきから 続柄：）

さくせいび 作成日	年 月 日
※どちらかにチェックしてください	
☐ セルフプランの作成を希望する。	
☐ しょうがいじそうだんしえん りよう きぼう 障害児相談支援の利用を希望しているが じぎょうしよ み 事業所が見つからない。	

せいかつ なか こま 生活の中で困っていること	
こうありたいと思う せいかつおよ たっせい 生活及び達成したい時期	☐ 1年後 ☐ 6か月後 ☐ 3か月後 ☐ 1か月後 ☐ その他（ ）頃 までに

こうありたいと思う生活に必要なこと			
にっちゅうかつどうけい 日中活動系	☐ りょういく 療育を受けたい ☐ ほいくじよ がっこうどう てきおう 保育所や学校等に適應するための助言を受けたい ☐ その他（ ）	そ の 他	☐ ひつよう とき しえん う 必要な時に支援を受けられる場所に泊まりたい ☐ ひつよう とき しえん う 必要な時に支援を受けられる場所で日中を過ごす ごしたい ☐ その他（ ）
きょたくかいごけい 居宅介護系	☐ み まわ 身の回りのことを手伝ってほしい ☐ びやういんどう つ 病院等に付き添ってほしい ☐ あんぜん いどう 安全に移動するために外出に付き添ってほしい ☐ その他（ ）		

☐ げんざいりよう 現在利用しているサービス及び支給量の継続を希望する。 ※上記を選択された場合は、下記の欄の記載は不要です。
--

りよう 利用するサービス		じぎょうしよ ふくすうりよう 事業所（複数利用している場合は全て記入）	しきゅうりよう 支給量
にっちゅうかつどうけい 日中活動系	☐ じどうはったつしえん 児童発達支援		日/月
	☐ ほうかごどう 放課後等デイサービス		日/月
	☐ ほいくじよどうほうもんしえん 保育所等訪問支援		日/月
きょたくかいごけい 居宅介護系	☐ きょたくかいご 居宅介護	しんたいかいご 身体介護	時間/月
		か じ えんじよ 家事援助	時間/月
		つういんどうかいじよ 通院等介助	時間/月
	☐ どうこうえんご 同行援護		時間/月
	☐ こうどうえんご 行動援護		時間/月
	☐ いどうしえん 移動支援		時間/月
そ の 他	☐ たんきにゅうしよ 短期入所		日/月
	☐ にっちゅういちじしえん 日中一時支援		日/月
	☐ その他（ ）		

記載例

利用者氏名、生年月日、
所属、作成者（保護者）氏名
を記入してください。

利用者氏名	八千代 太郎
生年月日	〇〇年 〇月 〇日（〇歳）
所属	保育園・幼稚園・なし 〇〇小 学校（〇年生） (通級・支援級)
作成者	八千代 花子（続柄：母）

作成日	〇〇年 〇月 〇日
※どちらかにチェックしてください	
☒ セルフプランの作成を希望する。	
☐ 障害児相談支援の利用を希望しているが事業所が見つからない。	

セルフプランを希望
する場合はどちらかに
チェックをしてくだ
さい。

生活の中の困りごとを
記入してください。

生活の中で困っていること	・落ち着きがなく、じっとしていられない。・ルールを守れない。・手先が不器用 ・気持ちの切り替えが苦手。・発語が少ない。・自分で着替えができない 等
こうありたいと思う生活 及び達成したい時期	・集中して活動に参加できるようになる。・放課後などに楽しく活動に参加する。 ・ルールを守って、お友達とトラブルなく遊べるようになる。・はさみを使えるようになる。 ・言葉を増やして、自分の気持ちを伝えられるようになる。・ひとりで着替えができるようになる 等 ☒ 1年後 ☐ 6か月後 ☐ 3か月後 ☐ 1か月後 ☐ その他（ ） 頃 までに

本人が希望する生活
を記入し、達成した
い時期にチェックを
してください。

こうありたいと思う生活に必要なこと		
日中活動系	☒ 療育を受けたい ☐ 保育所や学校等に適應するための助言を受けたい ☐ その他（ ）	その他
居宅介護系	☐ 身の回りのことを手伝ってほしい ☐ 病院等に付き添ってほしい ☐ 安全に移動するために外出に付き添ってほしい ☐ その他（ ）	
	☐ 必要な時に支援を受けられる場所に泊まりたい ☐ 必要な時に支援を受けられる場所で日中を過ごしたい ☐ その他（ ）	

こうありたいと思う
生活に必要なことを
選んでチェックをし
てください。

更新申請の方で、
今まで通りのサー
ビスと支給量を
希望される場合は
チェックをしてく
ださい。

チェックをした
場合、下の欄の
記載は不要です。

利用するサービス
にチェックをし、
利用する事業所名
と利用する日数・
時間数を記入して
ください。

☒ 現在利用しているサービス及び支給量の継続を希望する。
※上記を選択された場合は下記の欄の記載は不要です。

利用するサービス	事業所（複数利用している場合は全て記入）	支給量
日中活動系	☒ 児童発達支援 〇〇教室、△△教室	15 日/月
	☐ 放課後等デイサービス	日/月
	☐ 保育所等訪問支援	日/月
居宅介護系	☐ 居宅介護 身体介護 家事援助 通院等介助	時間/月
	☐ 同行支援	時間/月
	☐ 行動支援	時間/月
	☐ 移動支援	時間/月
	☐ 短期入所	日/月
	☐ 日中一時支援	日/月
その他	☐ その他（ ）	