

横浜市こどもサポートプラン（記載例）【未就学児用】

記入日：平成 31 年 4 月 1 日

児童氏名： **横浜 つばさ** （平成 28 年 10 月 10 日生）

（いずれかにチェックしてください。）

障害児支援利用計画(案)の作成について障害児相談支援事業所が見つからないため、今回は自ら横浜市こどもサポートプランを作成します。障害児相談支援事業所が見つかり次第、依頼することを希望します。

障害児通所支援事業等の利用にあたり、障害児支援利用計画(案)に代わるものとして横浜市こどもサポートプランを自ら作成することを希望します。

いずれかに必ずチェックしてください。

児童の希望を踏まえた、児童が将来希望する暮らし（好きな体験など）を記入してください。
①については、児童本人が記入してもかまいません。

保護者の考える、1年後の暮らし方と社会に出てからの暮らし方を記入してください。今の時点でわからない場合は、未定と記入してください。

1

児童本人が将来希望する暮らし

例①：〇〇になりたい

例②：絵を描くのが好き

例③：動物と遊んでいると楽しい

例④：今はまだわからない

2

保護者(家族)が希望する児童の将来の暮らし

今の時点で希望する、1年後の暮らし方

例① お友達と仲良くできるようになって欲しい

例② 来年は小学生なので、生活のリズムを整えたい

例③ 今の暮らしを続けたい

社会に出てからの暮らし方(働き方)

例① 本人にあった場所と、好きなことを見つけて生活してほしい

例② もう少し、療育を受けて、できることが増えてから考えたい

例③ 今の段階ではまだよくわからない

（現時点で希望する暮らし方を記入してください。わからない場合は「未定」と記入してください。）

3

●今の暮らし● ～日中の過ごし方、利用しているサービスなどについて教えてください

・合計で7日にあわせる必要はありません。
・欄が足りない場合は余白に記入してください。

【日中の過ごし方】

学校等に通所・通学している 週 **3** 日 名称 { **〇〇療育センター** }

学校等に在籍していない 週 **2** 日

【放課後・余暇等の過ごし方】

事業所を利用している

事業所1 { } 週 日

事業所2 { } 週 日

事業所3 { } 週 日

余暇を楽しんでいる、又は外出している 週 **2** 日

内容 { **家族で公園などに遊びに行く** }

家で過ごしている 週 **2** 日

通院している (週・月 日)

4

●児童本人が将来希望する暮らしに近づくために、これから児童に対して特に必要なこと●

日々の生活や療育プログラムを通じて、少しずつできることを増やしていきたい

（児童の進路や社会に出てからの生活を考えた際に、児童に対して特に必要と思うことを記入してください）

（例）「少しずつ、身の回りのことを自分でできるようになって欲しい」、「お友達と仲良く一緒に遊べるようになって欲しい」など

5

●ご家庭で取り組んでいくこと●

例①規則正しい生活をおくることで、生活のリズムを少しずつ、つくる

例②日常の機会をとらえて、いろいろ話をすることで、言葉によるコミュニケーションを練習する。

6

●サービス提供事業所に手伝ってほしいこと●

例①障害特性の応じた療育プログラムを通じて、少しずつ、できることを増やしてほしい。

例②遊びなどを通じて、集団での体験を積むこと

7 ●趣味、好きなこと、苦手なこと● (該当項目がある場合は記入して下さい)

趣味 { _____ }
 好きなこと { **外に出て体を動かすこと** }
 苦手なこと { _____ }

8 ●一週間の計画表(希望も含む)●

○今の暮らし(現状)ではなく、希望する1週間の計画について記入してください。
 ※ 国の基準に基づいて支給決定を行うため、希望どおりに支給決定されない場合があります。

4:00	月	火	水	木			
6:00	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食	起床・朝食
8:00	登校	登校	登校	登校	登校		
10:00	▲▲幼稚園	○○療育センター	▲▲幼稚園	○○療育センター	▲▲幼稚園	家族で買い物に出かけたり、遊びに行くなどして過ごす。	
12:00							
14:00	自宅						
16:00							
18:00							
20:00	夕食・入浴・就寝						
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							

○利用を希望する福祉サービスだけを記載してください。習いごと等を記載する必要はありません。
 ○1週間の計画表には入らない、福祉サービスについては、こちらに記入してください。

9 ●利用したい福祉サービスの種類と頻度・量・目的●

<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援	週	2	回	利用目的:	集団療育
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	週		回	利用目的:	
<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	週		回	利用目的:	
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	月		回	利用目的:	
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ(居宅介護)	週		回	利用目的:	
<input type="checkbox"/> 移動支援	月・週		回	利用目的:	
<input type="checkbox"/> 短期入所	月		日	利用目的:	
<input type="checkbox"/> 日中一時支援	月		日	利用目的:	
<input type="checkbox"/> その他()	月・週		回	利用目的:	

10 その他の事項

上記の内容は、児童の希望を踏まえて、又は児童の気持ちを尊重して、将来希望する暮らしの実現のために作成した計画です。

保護者氏名 **横浜 みなと** 印

*自筆の場合は押印不要です。

確認日	確認者