

平成〇〇年度 個別の教育支援計画
〔支援機関一覧〕

ふりがな氏名(性)	〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 (〇)	生年月日	平成〇年〇月〇日	学校・学年	〇〇立〇〇〇〇学校 第〇学年
保護者氏名	〇〇 〇〇	住所	〒000-0000 〇〇市 〇〇町 〇〇番地	電話	000-000-0000

	就学前	小学校・小学部	中学校・中学部	高等学校・高等部	卒業後
支援窓口	〇〇市 健康課 障害福祉課 学校教育課	〇〇市 健康課 障害福祉課 学校教育課	〇〇市 健康課 障害福祉課 学校教育課	〇〇市 健康課 障害福祉課 生涯学習課	〇〇市 障害福祉課 生涯学習課
母子保健	1歳6ヶ月児健康診査 (〇〇市保健センター) 3歳児健康診査 (〇〇市保健センター) 5歳児(年中児)健康相談 (〇〇市保健センター)				
医療福祉	〇〇病院(小児科) 担当: 〇〇〇〇 〇〇市子ども発達センター 発達相談: 〇〇〇〇 (〇歳～ 月1回) 児童発達支援事業 (〇〇〇〇) 療育手帳の申請 (〇〇市福祉事務所)	〇〇病院(小児科) 担当: 〇〇〇〇 放課後等デイサービス (〇〇〇〇) 療育手帳の再判定申請 (〇〇児童相談所)	〇〇病院(小児科) 担当: 〇〇〇〇 放課後等デイサービス (〇〇〇〇) 療育手帳の再判定申請 (〇〇児童相談所)	〇〇病院(小児科) 担当: 〇〇〇〇 放課後等デイサービス (〇〇〇〇) 療育手帳の再判定申請 (〇〇児童相談所)	〇〇病院(神経内科) 担当: 〇〇〇〇 障害基礎年金の給付 (20歳～) (国民年金課) 療育手帳の再判定申請 (リハビリテーションセン ター)
教育保育	〇〇幼稚園 担任3歳: 〇〇〇〇 4歳: 〇〇〇〇 5歳: 〇〇〇〇 〇〇特別支援学校 早期教育相談 (〇歳～ 月1回) 就学時健康診断 (〇〇小学校)	県立〇〇特別支援学校 担任 1年: 〇〇〇〇 2年: 〇〇〇〇 3年: 〇〇〇〇 4年: 〇〇〇〇 5年: 〇〇〇〇 6年: 〇〇〇〇	県立〇〇特別支援学校 担任 1年: 〇〇〇〇 2年: 〇〇〇〇 3年: 〇〇〇〇	県立〇〇特別支援学校 担任 1年: 〇〇〇〇 2年: 〇〇〇〇 3年: 〇〇〇〇	卒業後支援 高3担任: 〇〇〇〇 進路指導主事 : 〇〇〇〇 同窓会活動
家庭	新聞運び 父、母、弟、祖父	食事の配膳 新聞運び 父、母、弟、祖父	皿洗い 洗濯物たたみ 父、母、弟、祖父	皿洗い 風呂洗い 父、母、弟、祖父	皿洗い 部屋の掃除 父、母、弟、祖父
地域	〇〇の会レクリエーション コンビニエンスストア	PTA地域レクリエーション 〇〇の会宿泊体験 コンビニエンスストア	PTA地域レクリエーション 〇〇の会宿泊体験 コンビニエンスストア レンタルCD・DVD店	PTA地域レクリエーション 〇〇の会宿泊体験 コンビニエンスストア レンタルCD・DVD店	県障害者スポーツ協会 (NPO法人) コンビニエンスストア レンタルCD・DVD店
労働				産業現場等における実習 2年: 〇〇事業所 3年: 〇〇事業所 障害者就業・生活支援セ ンター〇〇〇〇 担当: 〇〇〇〇 ハローワーク〇〇 担当: 〇〇〇〇	障害者就業・生活支援セ ンター〇〇〇〇 担当: 〇〇〇〇 就労移行支援事業 〇〇事業所 担当: 〇〇〇〇