令和　　年　　月　　日

（宛先）高島市福祉事務所長

住所

氏名

連絡先　　　　　－　　　　－

「原則の日数」を超える支給決定が必要な理由書

　日中活動サービス等を「原則の日数」を超えて利用する必要がある理由について、下記のとおり報告いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 受給者証番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 | |
| サービス種類 | * 就労継続支援（A型・B型） * 生活介護 * 障害児通所支援 | | * 就労移行支援 * 自立訓練（生活・機能） |
| 利用施設名 |  | | |
| 本人の心身の状況 |  | | |
| 介護者の状況 |  | | |
| 週に６日以上利用する必要がある特段の事情 |  | | |

【注意】

※この理由書は「原則の日数」を超える支給決定が必要かどうかを判断するための資料ですので、できるだけ詳しく記入してください。

※この理由書の提出があった場合でも、必ずしも「原則の日数」を超える利用が認められるわけではありません。