

日中活動サービスにかかる「原則の日数」超過が必要な理由書

対象者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
サービス種類	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活・機能）	
利用希望日数		
利用事業所名		
本人の心身の状況		
家族・介護者の状況 (就労の状況など)		
「原則の日数」を超過 する必要がある特段 の事情		
その他特記事項 (事業所の意見など)		

上記のとおり、理由書を提出します。

平成 年 月 日

指定特定相談支援事業者名

印

【注意】

※この理由書は「原則の日数」を超える支給量が必要かどうかを判断するための資料になりますので、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。