平成　　年　　月　　日

（あて先）○○○市長

事業所所在地　大阪府○○市○○○町○丁目○番○○号

事業所名　○○○○○

事業所代表者　○○　○○

職・氏名　管理者　管理者　○○○　○○○　　　㊞

「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 | フリガナ | ○○○　○○○ | |
| 氏　名 | ○○○　○○○ | |
| 生年月日 | 昭和・平成　５１年９月１１日 | |
| サービス種類 | * 就労継続支援（A型・B型）   + 生活介護 | | * 就労移行支援 * 自立訓練（生活・機能） |
| 利用施設名 | ○○○○○ | | |
| 担当者（連絡先） | ○○○　○○○（００－１２３４－５６７８） | | |
| 本人の心身の状況 | 自分ひとりでは身辺処理ができない。  外出等の移動は一人でできない。  日常生活において介助が必要である。  療育手帳 | | |
| 介護者の状況 | ○○○相談支援センター  家事援助、移動支援など必要 | | |
| 週に６日以上利用する必要がある特段の事情 | 主たる介護者である母は高齢なため介護が困難。  日中は通所することで生活の安定も図れ、また本人自身も居場所として安心して過ごすことができる。 | | |

【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。