

令和 年 月 日

(宛先) 枚方市長

事業所所在地

事業所名

事業所代表者

職・氏名

「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 年 月 日
サービス種類	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型・B型) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活・機能)	
利用施設名		
担当者 (連絡先)	(- -)	
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。