支給決定基準を超過しての支給決定が必要な理由書

　　年　　月　　日

（宛先）東温市長

事業所所在地

事業所名

代表者氏名

（担当者氏名）

支給決定基準を超過して障害福祉サービスを利用する必要がある理由について、以下のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | | | 年　　月　　日 |
| 支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　　　　　名 | 個人番号： |
| 居　住　地 | 〒  電話番号 | | | | |
| フリガナ |  | | 続柄 |  | |
| 支給決定に  係る児童氏名 | 個人番号： | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 |  |
| 利用希望期間 | 年　　　月　　　日 から　　　　年　　　月　　　日まで |
| 本人の心身の状況 |  |
| 介護者の状況 |  |
| 支給決定基準を超過して利用する必要がある特段の理由 |  |

【注意】

※この理由書は支給決定基準を超過した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、必ずしも利用が認められるわけではありません。