

支給基準時間を超える理由書

対 象 者	受給者番号 (更新のみ)			
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	S・H・R	年	月 日
サービスの種類				
利用希望時間数	時間/月	時間/月	時間/月	
本人の心身の状況				
家族・介護者の状況 (就労の状況など)				
支給量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。

年 月 日

指定特定相談支援事業所名
(セルフプランの方は申請者氏名)

【注意】

この理由書は支給基準時間を超える支給量の必要性について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。欄が不足する場合は、別紙を添付することもできます。

< 市記入欄 >

サービス			
基準 時間	時間	時間	時間
上限 時間	時間	時間	時間
上限 × 1.25	時間	時間	時間
支給決定案	時間	時間	時間
更新前	時間	時間	時間



窓口課決定
検討会 / 開催
審査会 / 開催
緑・中・南・城・津・湖・藤【 で囲む】
担当CW : _____

【連絡事項】

【管理番号】
