年　　月　　日

宇部市長　様

事業所所在地

事業所名

代表者氏名

担当者氏名

連絡先

『障害児通所支援の「原則の日数」を超える利用に関する理由書』

「原則の日数」を超えて障害児通所支援を利用する理由は下記のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 受給者証番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| サービスの種類 | * 放課後等デイサービス
 | * 児童発達支援
 |
| 現在の利用施設名利用日数/月 | 　（　　　日/月） | （　　　日/月） | 　（　　　日/月）　 |
| 必要とする日数/月利用施設名 | （　　　日/月） | 　　（　　　日/月） | 　（　　　日/月） |
| 対象期間 | 年　　　月　　日 から　　　年　　　月　　日 |
| 本人の心身の状況 |  |
| 保護者の状況 |  |
| 「原則の日数」を超える療育の目的・内容・必要性およびその他特段の理由 |  |

【注意事項】

※この理由書は「原則の日数」を超える支給決定の必要性を判断する資料になりますので、できるだけ具体的に記入してください。

※理由書の提出により、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。