上限日数を超える支給決定が必要な理由書

令和　　年　　月　　日

あま市長　様

（相談支援事業所）

所在地

事業所名

担当者

電話　（　　　　）　　　－

　障害児通所サービスを上限日数を超えて利用する必要がある理由について、下記のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童 | 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 | * 居宅訪問型

児童発達支援 | * 児童発達支援
 | * 放課後等

デイサービス |
| 本人の心身の状況 |  |
| 保護者・介護者の状況 |  |
| 上限日数を超えて利用する必要がある特段の理由 |  |

【注意】

※この理由書は上限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、必ずしも上限日数を超える利用が認められるわけではありません。