原則の日数を超える理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｓ　・　Ｈ　・　Ｒ | 　　年　　　　月　　　　日 |
| サービスの種類 |  |  |  |
| 希望時間数・日数 | 時間・日/月 | 時間・日/月 | 時間・日/月 |
| 本人の心身の状況 |  |
| 家族・介護者の状況 |  |
| 支給量を超過する必要がある理由 |  |
| 今後の方針 |  |

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

相談支援専門員氏名

【注意】

この理由書は，支給量を超える必要性について判断するための資料になりますので，できるだけ具体的に明記してください。