**理由書〔非定型の支給決定〕**

提出日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 対象者氏名 |  | |
| 性　　別 | 男　・　女 | 生　年　月　日 | 年　　月　　日 | |
| 障がい種別 | 身体（　　級）・療育（　　　）・精神（　　　級）  自立支援医療・難病・その他（　　　　　　　） | | 障害支  援区分 | 区分（　　　　）  ～ |
| サービス状況 | （現在利用しているサービス）  （理由書を提出するサービス） | | | |
| 心身の状況 |  | | | |
| 介護者の状況 |  | | | |
| 〔非定型の支給決定〕が必要な具体的内容 | | | | |
| 担当計画相談支援事業所 | TEL（　　　）　　　　　　　　　　　(相談支援支援員：　　　　　　　　　　　　) | | | |

* サービス利用計画（案）を添付してください。