令和　　年　　月　　日

（あて先）桜井市長

住　　　所

保護者氏名

「原則の日数」を超える支給決定が必要な理由書

　児童通所支援事業における「原則の日数」を超えて利用したいので、下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 受給者証番号 | ２ | ９ | ２ | ０ | | ６ | ０ |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | * 児童発達支援 | | | | | * 医療型児童発達支援 | | | | | | |
| 利用施設名  （予定） |  | | | | | | | | | | | |
| 担当者（連絡先） | （　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 対象期間  （受給者証の期間） | 年　　　月　　　日 　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 「原則の日数」を超えて利用する必要がある理由について |  | | | | | | | | | | | |

【注意】

※この理由書は「原則の日数」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。

※「受給者証番号」「対象期間」は受給者証の交付を受けていない場合は空白にしておいてください。その他分からない部分についても空白でかまいません。記載部分が足りない場合は、別紙に記載していただいてもかまいません。