例外的支給決定を要する理由書

短期入所の標準支給日数は、**1ヶ月につき7日まで**です。

　標準支給日数の7日を超えて支給が必要な場合は、理由を詳しくご記入ください。

平群町長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　　所 | 平群町 | 連 絡 先 |  |
| 申　請　者 |  | 続柄(関係) |  |
| 必要とする　　サービスの種類と利用時間ならびに算定根拠 | 例．短期入所　1泊2日×4週　=　8日／月 |
| 例外的支給を　必要と予想　　される期間 | 　　　　年　　　月　　　日　から　　　　　　年　　　月　　　日　まで |
| 例外的支給　　決定を必要と　する理由 |  |