* **理由書**

**記入日：　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　記入者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 | |  | 生年月日 | （　　　） |
| 障害種別 | | 身体（　　　　級）　・　知的（療育手帳　　　　）　　　　　　　　　　　　精神（　　　級・自立支援医療）・　難病 | | |
| 基本的な支給量 | 〔障害支援区分〕 | **区分　（　　　　　）** | | |
| 対象者が希望するサービスの種類及び（必要量） | |  | | |
| 対象者の概要と支給希望の理由 |  | | | |
| 検討事項 |  | | | |