

支給基準時間を超える理由書

対象者	受給者番号 (更新のみ)								
	ふりがな	さがみ たろう							
	氏名	相模 太郎							
	生年月日	S・H・R 60年 1月 1日							
サービスの種類	同行援護								
利用希望時間数	@@ 時間/月		時間/月					時間/月	
本人の心身の状況	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 本人高齢で、加齢に伴う身体・精神状況の低下が著しい。 ➢ 手足の拘縮が強く、移動や排せつに多く介護を要する。 ➢ 重症心身障害者認定を受けているため、日常生活上全介助。 ➢ 行動、コミュニケーション面の課題が大きく、見守り等を含めた介助に時間を要する。 ➢ 医療的なケアが必要であり、介護を要する場面が多い。 ➢ 視覚障害1級で、社会参加において視覚的な支援が必要である。 								
家族・介護者の状況 (就労の状況など)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 同居の介護者が要介護認定を受けており、本人の介護を行うことが困難である。 ➢ 同居の介護者が障害手帳を所持しており、本人の介護を行うことが困難である。 ➢ 未成年の子があり、本人の負担軽減が必要となるため。 ➢ 介護者が全員就労で日中不在となり、単身状況となるため。 ➢ 単身で近隣に支援を行うことができる親族がない。 								
支給量を超過する必要がある特段の事情	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 居住地が山間地で社会活動を行う場所までの移動に時間を要する。 ➢ 近隣に重度訪問介護を行う事業所がなく、身体介護と家事援助の併用することで生活を維持する必要がある。 ➢ 集中的な頻度での通院が必要な体調のため、支援の量が多い。 ➢ 施設からの地域移行のため、手厚い支援を要する。 								
その他特記事項 (事業所の意見など)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 同居家族による介護は困難であり、また近隣に頼れる親族もいない。本人は生活全体に介助が必要であり、基準を超えての支給が必要である。 								

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
 (セルフプランの方は申請者氏名)

【注意】

この理由書は支給基準時間を超える支給量の必要性について判断するための資料になりますので、できるだけ詳しく記入してください。欄が不足する場合は、別紙を添付することもできます。この理由書は、支給基準時間を超える利用を認めるものではありません。