* **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 | | |
|  | 〔障害支援区分〕 | | **区分　（　　　　　）** | | |
| 現在利用しているサービスの種類 | | |  | | |
| 非定型を希望するサービスの種類及び必要量 | | |  | | |
| その他の心身の状況 | | | 【病気などの日常生活に支障をきたしている状況など】 | | |
| 本人がおかれている環境 | | | 【生活の場や同居家族の有無】 | | |
| 非定型が必要な理由 | |  | | | |