給付調整理由書

記入日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 |  | 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 担当連絡先 |  | | | | | | | | | |
| 利用者 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１．給付調整の内容について（☑をつけて下さい。「通常と異なる使い方」については該当するものを○で囲むこと）

|  |  |
| --- | --- |
| □基準時間・基準回数の超過 | 二人体制・院内介助・車中介助・育児支援・同居家族がある方の居宅介護・  サービス内容の重複・日中活動系サービス複数事業所の利用・  年齢特例（児が者のサービス・者が児のサービス）・訓練目的の家事支援・  標準利用期間（再更新・短期間での再開）・その他 |
| □支給量上限の超過 |
| □通常とは異なる使い方 　⇒ |

２．給付調整が必要な根拠について

|  |
| --- |
| 1. 必要な福祉サービスの内容・支給量・使い方 |
|  |
| 1. 上記の福祉サービスを利用せざるを得ない理由 |
|  |
| 1. ①以外のサービスで検討・調整した内容（フォーマル・インフォーマル・福祉サービス以外も含む） |
|  |

※医師の指示箋等の根拠となる資料がある場合は、添付して下さい。