

## 例外的支給決定を要する理由書

王寺町長

殿

年 月 日提出

利用者氏名		生年月日	
住 所		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. 居宅介護(身体) 2時間/回×2回/日×3日/週 = 50時間/月 例. 児童発達支援 3日/週×5週 = 15日/月		
例外的支給を必要と予想される期間			
例外的支給決定を必要とする理由			