

様式第1号

年 月 日

坂出市福祉事務所長 殿

住所

氏名

非定型基準申請書

標準的な支給量では十分な障害福祉サービスが受けられないので、関係書類を添えて申請いたします。

記

1	希望するサービス名および支給量	居宅介護（家事援助） 居宅介護（身体介護） 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	時間/月 時間/月 時間/月 時間/月 時間/月 時間/月
2	非定型の支給申請をする理由		
3	添付書類	(1) サービス利用計画書 (2) サービス利用内訳書 (3) 勘案事項整理票 (4) その他、福祉事務所長が必要と認めるもの	