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）　　　　　　　時間/月居宅介護（身体介護）　　　　　　　時間/月重度訪問介護　　　　　　　　　　　時間/月同行援護　　　　　　　　　　　　　時間/月行動援護　　　　　　　　　　　　　時間/月重度障害者等包括支援　　　　　　　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 |