**障害児通所支援事業所における「やむを得ない定員超過」理由書**

（様式）

提出日：令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 法人名 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名（生年月日）【受給者番号】 | （　　年　　月　　日）【　　　　　　　　　　　】 |
| 算定要件チェック項目※該当する項目に○をつけてください。 | ア 障害の特性や病状等のため欠席しがちで、定期的な利用を見込むことが難しい障害児に継続した支援を行う必要がある。イ 障害児の家庭の状況や、地域資源の状況等から、当該事業所での受け入れをしないと、障害児の福祉を損ねることとなる。 |
| 理　由 |
| １．児童の状況 |  |
| ２．受け入れが必要な理由 |  |
| ３．定員調整が難しい理由 |  |
| ４．他の事業所等で受け入れできない理由 |  |
| ５．その他 |  |

※各項目について、枠内に収まらない場合は適宜枠を広げて記入してください。