

(別紙) 利用の上限等にかかる変更が必要な理由

利用者氏名 ()

支援の種類	利用の上限/月		変更が必要な期間	変更が必要な理由 (以下に理由を記入してください)
	変更前	変更後		
個別支援				<input type="checkbox"/> 学校の長期休暇により、普段より支援時間が 必要となるため (<input type="checkbox"/> 春休み ・ <input type="checkbox"/> 夏休み ・ <input type="checkbox"/> 冬休み) <input type="checkbox"/> その他
グループ支援	回	回		
車両移送型 支援	時間	時間		

※利用上限の変更に伴い、既に提出している「大津市障害者移動支援事業 利用計画書」に変更が生じる場合は新たに添付すること
※長期休暇以外の理由または月60時間(連続3か月)を超えた利用の上限の変更を申請する場合は、相談支援専門員が作成する「利用の
上限超過等 理由書」を添付すること(普段相談している相談支援事業所がない場合は、障害福祉課までご相談ください)