（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 |  |  |  | □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  （□春休み　・□夏休み　・□冬休み　）  □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）