（愛知県様式）短時間労働算定除外に係る届出書

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  | 担当者氏名 |  |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |

予期でない事由の内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 事由発生期間（除外予定日数） | 　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　（　　　日）※除外日数については、90日が上限となっております。 |
| 労働契約書上の勤務時間（1日あたり） | 時間　　分 | 事由発生期間中の勤務時間（1日あたり） | 時間　　分 |
| 該当事由（該当事由を○で囲んでください。その他の場合は具体的に記入してください。） | ・筋ジストロフィー罹患している利用者が、利用開始時には予見できなきない病状の進行により短時間労働となってしまった場合・利用開始後に病気等で入院し、退院直後の労働が短時間となってしまう場合・家族の介護を受けながら利用していたが、家族の病気等により、居宅介護等のサービスによる介護が必要なってしまった場合・精神障害者等で、利用開始時には予見できない体調の変動により短時間労働となってしまった場合・その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 予見できない事由の内容年月日を記載して時系列でできるだけ詳しく記載してください。 |  |
| 添付書類 | ・アセスメント票（利用開始時と事由発生時）・診断書・その他（　　　　　） |