（参考様式9）

主たる対象者を特定する理由等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービスの種類 |  |

|  |
| --- |
| １　申請に係るサービスの主たる対象者身体障害（身体不自由　・　視覚　・　聴覚言語　・　内部障害　）知的障害　・　精神障害　・　障害児　 ２　主たる対象者を１のとおり特定する理由３　今後における主たる対象者の拡充の予定　（１）拡充予定の有無　　　　　　あり・なし　（２）拡充予定の内容及び予定時期（３）拡充のための方策 |

※１については、該当する項目を○で囲むこと。