

暫定支給決定期間にかかる訓練等給付事業評価結果報告書
(指定障がい福祉サービス事業者用)

和泉市福祉事務所長 様

年 月 日

報告者	事業所番号	
	事業所の名称	
	事業者(法人等)の名称	
	事業者の代表(職・氏名)	

暫定支給決定期間に係る評価結果について、下記のとおり報告します。

記

1. 報告の対象者

受給者証番号	
氏名	
住所	
支給決定に係る 障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型
暫定支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

2. 報告に係る資料

(1)アセスメント票(任意様式) (2)個別支援計画(任意様式) (3)個別支援計画に基づく支援実績記録(任意様式)	}	別紙のとおり
--	---	--------

※ (1)及び(2)の資料は、暫定支給決定期間に係るものです。

※ (3)の資料は、支援の内容、状況等に加え、実際に利用した日数や時間等も明確に記載してください。

3. 評価結果

評価決定日	年 月 日			
評価に係る担当	職名		氏名	
サービス利用継続の適否	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適当			
適否判断の理由 <small>※簡潔に要点を記載してください。</small>				
不適当の場合の 必要な他のサービス				
備考				

注 この報告は暫定支給決定期間の終期の7日前までに和泉市障がい福祉課に提出してください。