暫定支給決定期間に係る訓練等給付事業評価結果報告書

　　年　　月　　日

姶良市福祉事務所長

届出者　所在地

　　　　　　　　　 事業所名

代表者名　　 　　 　　　　　　 印

以下のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる評価結果を報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定対象者名 |  |
| サービスの種類 | □　就労移行支援　　　　　　□　就労継続支援（Ａ型）□　自立訓練（機能訓練）　　□　自立訓練（生活訓練） |
| 暫定支給決定期間 | 　 　年　 　月　 　日　 ～　 　　　　 年　　 月 　　日 |
| 評価実施者(サービス管理責任者) |  |
| 評価結果 | 当該サービスの継続利用に係る要否　　　□ 要　　　　□ 不要 |
| (所見) |
| 添付書類　(任意様式) | □ アセスメント結果票等、継続利用の要否判断の根拠となる資料□ 個別支援計画 |

※この報告書は暫定支給決定期間の終期７日前までにご提出ください。

市処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| サービス継続利用の要否 | □ 要　　　　　□ 不要 |
| (備考欄) |