

暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果報告書

平成 年 月 日

(提出先) 茨木市福祉事務所長

届出者 所在地
法人名
代表者名

印

下記のとおり評価結果について報告します。

記

1 報告対象者

受給者番号	
支給決定障害者氏名	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
暫定支給決定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

2 評価結果

事業所番号	
事業所の名称	
評価年月日	平成 年 月 日
評価実施者 (サービス管理責任者)	連絡先 TEL
暫定支給決定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
サービス利用継続の適否	<input type="checkbox"/> 1 サービス利用の継続が適当 <input type="checkbox"/> 2 サービス利用の継続は不適当
備考(特記事項等)	(サービス利用の継続は不適当と判断する場合は、必ず理由を記入してください。)
添付書類(任意様式)	<input type="checkbox"/> 1 アセスメント票 <input type="checkbox"/> 2 個別支援計画 <input type="checkbox"/> 3 個別支援計画に基づく支援実績及びその評価結果

※ この報告書は、暫定支給決定期間が終了する14日前までに提出すること。