

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  
(指定障害福祉サービス事業者用)

常滑 市長 殿

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																				
支給決定障害者の氏名																				
支給決定に係る障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・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 (2)個別支援計画 (3)個別支援計画に基づく支援実績記録	}	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			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	※簡潔に要点を記載してください。				
備考					

注 この報告は暫定支給決定期間の終期の14日前までに提出してください。