**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**

提出年月日　　　　　年　　月　　日

（あて先）岐阜市福祉事務所長

届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　下記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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定  障害者氏名 |  |
| 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）  **□** 自立訓練（宿泊型自立訓練） | | | | | | | | | | | |
| 暫定支給  決定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 契約事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 契約事業所名 |
| 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適否　　**□** 適　　**□** 不適  （理由） | | | | | | | | | | | |
| 適の場合 | 利用者のサービス利用継続希望の有無　**□** 有　　**□** 無 | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | １ フェイスシート  ２ アセスメント・支援実績・評価シート  ３ 個別支援計画　又は　就労継続支援Ａ型計画書 | | | | | | | | | | | |

注　この報告は暫定支給決定期間の満了日の２週間前までに提出すること。

※市役所処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| サービス継続利用の適否 | **□** 適　　**□** 否 |