

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)

杉並区障害者施策課長(宛)

令和 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"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日														
評価結果	当該サービスの継続利用にかかる適否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 (理由)														

2. 報告に係る資料

<input type="checkbox"/> アセスメントシート(別紙2) <input type="checkbox"/> 個別支援計画(任意の様式でかまいません) <input type="checkbox"/> 暫定支給決定期間中の実績記録表
--

※ この報告は令和 年 月 日までにご返送ください。

※ 区処理欄

評価年月日	令和 年 月 日	確認	認定・給付	障害福祉サービス係
サービス利用継続の適否	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適当			
備考				