

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：令和 年 月 日

(あて先) 一宮市福祉事務所長

届出者 所在地
事業者名
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	<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) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
暫定支給決定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
契約事業所番号		契約事業者名	
評価実施者 (サービス管理責任者)			
評価実施日	令和 年 月 日		
評価結果	当該サービスの継続利用に係る適否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 (理由 ※記入必須)		
添付書類	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		

※ この報告書は暫定支給決定期間の終期の2週間前までに提出すること