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）大津市福祉事務所長

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） □ 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)	連絡先		
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）		
添付書類	□１ アセスメントの内容が分かるもの □２ 個別支援計画 □３ 個別支援計画に基づく支援の実績が分かるもの		
支給決定障害者の利用継続希望の有無	□ 有　□ 無		

注　この報告は暫定支給決定期間の満了日の 14 日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**