

令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 あて

住所(所在地)

事業者名

暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果報告書

下記のとおり関係書類を添えて暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果を報告します。

受給者番号	
支給決定障害者名	
サービスの種類	・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ・ 就労移行支援 ・ 就労継続支援A型
他日中活動系サービスとの併給の有無	(有・無) 有の場合のサービスの種類 ・ 生活介護 ・ 就労継続支援B型 ・ 旧法施設通所 ()
暫定支給決定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
評価結果	<input type="checkbox"/> 1 改善の見込みがあり、サービス利用の継続が適当
	<input type="checkbox"/> 2 訓練効果が見込まれないため、サービス利用の継続は不適当
	<input type="checkbox"/> 3 就労継続支援B型の利用が適当
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ()
評価年月日	令和 年 月 日
評価担当者 (職・氏名・連絡先)	(TEL)
備考 (特記事項等)	

*添付書類 1.アセスメント内容 2.個別支援計画書 3.個別支援計画に基づく支援実績のわかる資料を添付してください。(様式は任意です) ※就労継続支援B型利用に係る就労移行支援の利用の場合は、1.アセスメント内容のみ添付

令和 年 月 日

神戸市長 あて

住所(所在地)

事業者名

暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果報告書

下記のとおり関係書類を添えて暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果を報告します。

受給者番号	
支給決定障害者名	
サービスの種類	・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ・ 就労移行支援 ・ 就労継続支援A型
他日中活動系サービスとの併給の有無	(有・無) 有の場合のサービスの種類 ・ 生活介護 ・ 就労継続支援B型 ・ 旧法施設通所 ()
暫定支給決定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
評価結果	<input type="checkbox"/> 1 改善の見込みがあり、サービス利用の継続が適当
	<input type="checkbox"/> 2 訓練効果が見込まれないため、サービス利用の継続は不適当
	<input type="checkbox"/> 3 就労継続支援B型の利用が適当
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ()
評価年月日	令和 年 月 日
評価担当者 (職・氏名・連絡先)	(TEL)
備考 (特記事項等)	

*添付書類 1.アセスメント内容 2.個別支援計画書 3.個別支援計画に基づく支援実績のわかる資料を添付してください。(様式は任意です) ※就労継続支援B型利用に係る就労移行支援の利用の場合は、1.アセスメント内容のみ添付

令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 あて

住所(所在地)
事業者名

標準利用期間が設定されているサービスの支給決定更新にかかる評価結果報告書

標準利用期間が設定されているサービスの支給決定更新にかかる評価結果を下記のとおり関係書類を添えて報告します。

受給者番号	
支給決定障害者名	
サービスの種類	・ 自立訓練（機能訓練） ・ 自立訓練（生活訓練） ・ 就労移行支援 ・ 就労定着支援
支給決定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
他日中活動系サービスとの併給の有無	(有・無) 有の場合のサービスの種類 ・ 生活介護 ・ 就労継続支援（A型・B型） ・ 旧法施設通所（ ）
評価結果	<input type="checkbox"/> 1 現時点では十分な成果が得られていないが、改善が見込まれるため、サービスの利用の継続が適当
	<input type="checkbox"/> 2 訓練効果が見込まれないため、サービスの利用の継続は不適当
	<input type="checkbox"/> 3 訓練による十分な成果が得られたため、サービスの利用の継続は不要
	<input type="checkbox"/> 4 その他（ ）
評価年月日	令和 年 月 日
評価担当者 (職・氏名・連絡先)	(Tel)
備考 (特記事項等)	

*添付書類 1. アセスメント内容 2. 個別支援計画書 3. 個別支援計画に基づく支援実績のわかる資料を添付してください。(様式は任意です)

令和 年 月 日

神戸市長 あて

住所(所在地)
事業者名

標準利用期間が設定されているサービスの支給決定更新にかかる評価結果報告書

標準利用期間が設定されているサービスの支給決定更新にかかる評価結果を下記のとおり関係書類を添えて報告します。

受給者番号	
支給決定障害者名	
サービスの種類	・自立訓練（機能訓練） ・自立訓練（生活訓練） ・就労移行支援 ・就労定着支援
支給決定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
他日中活動系サービスとの併給の有無	(有・無) 有の場合のサービスの種類 ・生活介護 ・就労継続支援（A型・B型） ・旧法施設通所（ ）
評価結果	<input type="checkbox"/> 1 現時点では十分な成果が得られていないが、改善が見込まれるため、サービスの利用の継続が適当 <input type="checkbox"/> 2 訓練効果が見込まれないため、サービスの利用の継続は不適当 <input type="checkbox"/> 3 訓練による十分な成果が得られたため、サービスの利用の継続は不要 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）
評価年月日	令和 年 月 日
評価担当者 (職・氏名・連絡先)	(Tel)
備考（特記事項等）	

*添付書類 1. アセスメント内容 2. 個別支援計画書 3. 個別支援計画に基づく支援実績のわかる資料を添付してください。(様式は任意です)

個別支援計画書

作成日 令和 年 月 日

利用者名 _____

サービス種別 _____

事業者名 _____

支援計画作成者名 _____ 印

事業利用への本人及び家族の意向	総合的な支援の方向性

解決すべき課題 (ニーズ)	支援目標		支援内容			
	長期目標	短期目標	サービス内容・留意点	頻度	担当者	期間

上記計画について説明いたしました。 令和 年 月 日 サービス管理責任者 印

上記の計画について同意いたします。 令和 年 月 日 利用者 印

令和 年 月 日 利用者の成年後見人等 印