　　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 |  | | | | | | | | | |
| 支給決定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　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）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 評価結果 | □ 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 | | | | | | | | | |
| □ 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 | | | | | | | | | |
| □ 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 | | | | | | | | | |
| □ ４ その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 評価年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 評価担当者  (職･氏名･連絡先) | (℡　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 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（様式は任意）

　　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 |  | | | | | | | | | |
| 支給決定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　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）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 評価結果 | □ 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 | | | | | | | | | |
| □ 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 | | | | | | | | | |
| □ 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 | | | | | | | | | |
| □ ４ その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 評価年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 評価担当者  (職･氏名･連絡先) | (℡　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 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（様式は任意）