　　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 |  | | | | | | | | | |
| 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  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 暫定支給決定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 評価結果 | * １　改善の見込みがあり、サービス利用の継続が適当 | | | | | | | | | |
| * ２　訓練効果が見込まれないため、サービス利用の継続は不適当 | | | | | | | | | |
| * ３　就労継続支援Ｂ型の利用が適当 | | | | | | | | | |
| * 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）

※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

　　　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 |  | | | | | | | | | |
| 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  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 暫定支給決定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 評価結果 | * １　改善の見込みがあり、サービス利用の継続が適当 | | | | | | | | | |
| * ２　訓練効果が見込まれないため、サービス利用の継続は不適当 | | | | | | | | | |
| * ３　就労継続支援Ｂ型の利用が適当 | | | | | | | | | |
| * 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）

※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