暫定支給決定期間に係る訓練等給付事業評価結果報告書

令和　　年　　月　　日

　尾道市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　下記のとおり，関係書類を添えて訓練等給付事業に係る評価結果を報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 支給決定障害者氏名 |  |
| サービスの種類(該当するものにﾁｪｯｸ) | □宿泊型自立訓練□自立訓練（機能訓練）　　　□自立訓練（生活訓練）□就労移行支援　　　　　　　□就労継続支援A型 |
| 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 |  | 契約事業所名 |  |
| 評価実施者（サービス管理責任者） |  |
| 評価結果 | 当該サービス継続利用に係る適否　　□適　　□不適（理由） |
| 添付資料 | １　個別支援計画書　※アセスメント結果含む２　実績記録票 |