暫定支給決定期間の利用にかかる評価結果報告書

（　□ 自立訓練　□ 宿泊型自立訓練　□ 就労移行支援　□ 就労継続支援A型　）

令和　　　年　　　月　　　日

**北中城村長　　様**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  事業者及び | 　　　　 |
|  その事業所 |
|  の名称 | 　 |
|  代　表　者 |

下記のとおり評価結果について報告します。

記

 １　報告対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 支給決定者氏名 |  |
| 暫定支給決定期間 | 　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |

２　暫定支給決定期間内に実施した支援の実績（※任意様式：内容のわかるものを添付して下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| アセスメント内容 | 　※別紙のとおり |
| 個別支援計画 | 　※別紙のとおり |

３　評価（北中城村様式で提出して下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 暫定支給期間評価票（支援実績記入欄含む） | 　北中城村様式 |

４　結果

|  |  |
| --- | --- |
| 評価年月日 | 　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 評価担当者（職・氏名） | 　 |
| 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 |
| 備考（特記事項等） | 　　 |

**※この報告は暫定支給決定期間満了月の１5日までに北中城村役場　福祉課へ提出してください。**

**又、２及び３の添付書類については計画相談支援事業所への提出もお願いします。**