令和　年　月　日

高鍋町長　　殿

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 |
| 他の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 | □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、サービスの利用の継続は不適当 |
| □３ その他（ 　　　　　　　　　　　　） |
| 評価年月日 | 令和　年　月　日 |
| 評価担当者  （職・氏名・連絡先） | （℡ ） |
| 備考  （特記事項等） |  |

※　暫定支給決定期間内に実施した支援の実績が分かるもの（個別支援計画書、個別支援計画に基づく支援実績。ともに様式任意）を添付してください。